Aus der Universitäts-Nervenklinik zu Marburg/Lahn
Direktor: Professor Dr. E. Kretschmer

Die postinfektiösen Psychosen, ihr Verlauf und ihre erbhygienische Bedeutung

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
in der Gesamten Medizin
der Hohen Medizinischen Fakultät
zu Marburg/Lahn

vorgelegt von
Erna Poppinga
aus Grimersum (Ostfriesland)

Marburg 1939
BUCHDRUCKEREI JOH. HAMEL, MARBURG/L.

Angenommen von der Medizinischen Fakultät zu Marburg
am 11. Oktober 1938
Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät
Referent: Prof. Dr. Kretschmer

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Die postinfektiösen Psychosen, ihr Verlauf und ihre erbhygienische Bedeutung

Seitdem das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses besteht, ist die Entscheidung, ob eine Psychose als exogen oder als endogen zu bezeichnen ist, besonders verantwortungsvoll geworden.

Es geschieht noch oft, daß Kranke mit der Diagnose „endogene Psychose" dem Amtsarzt gemeldet werden, die Unfruchtbarmachung aber wegen nicht einwandfreien Nachweises der Endogenität der Psychose abgelehnt werden muß. Häufig handelt es sich bei diesen Fällen um Psychosen, deren Ausbruch im Anschluß an eine Infektionskrankheit erfolgt war. So kommt es, daß die Frage, inwieweit die postinfektiösen Psychosen differentialdiagnostisch in Verlauf und Symptomgestaltung von den endogenen Psychosen unterscheidbar sind, heute von großer Bedeutung geworden ist.

Im Folgenden ist nun der Versuch gemacht, an einschlägigen Fällen aus der Universitätsnervenklinik in Marburg dieser Frage klärend nachzugehen.

Im Anschluß an die Grippeepidemie 1890 und 1918/19 sind Infektionspsychosen besonders häufig beschrieben worden, so von Kraepelin, Bonhoeffer, Runge, Kleist u. a. Eine weitere klare und auf ein reiches Material sich stützende Arbeit liegt aus Rußland von Skliar vor. Sie ist insofern von besonderem Interesse, als Skliar darin über Psychosen nach Infektionsepidemien berichtet, die hierzulande kaum mehr vorkommen, wie z. B. nach Flecktyphus. Es wird berichtet, daß mehr oder weniger jeder an Flecktyphus Erkrankte eine psychische Störung während oder nach der Erkrankung erkennen läßt. Skliar versuchte, für die verschiedenen Infektionskrankheiten eine spezifische psychotische Erkrankungsform zu ermitteln. Es ist ihm aber, wie auch andern, nicht gelungen. Nur Kraepelin glaubte, einige typische Unterschiede feststellen zu können, die sich im Laufe der Zeit durch genaue Beobachtung weiterer Fälle noch besser herauskristallisieren würden.

In den Arbeiten der letzten Jahre wird im allgemeinen weniger Wert gelegt auf die Symptomatik der exogenen Psychosen, die ja schon von den eben genannten Autoren in ausgezeichneter Weise beschrieben worden ist. Die Aufmerksamkeit der neueren Zeit ist hingegen stärker auf die hereditäre Disposition dieser Kranken gerichtet (Beck, Inge Steinmann, Roemer).

Übereinstimmend wird bei allen Autoren als häufigste postinfektiöse Psychose die Grippepsychose genannt. Ob jedoch bei gleichstark ausgedehnten Typhusepidemien ebenso häufig oder noch mehr posttyphöse Psychosen auftreten würden, muß nach den bisherigen Forschungsergebnissen dahingestellt bleiben; die Autoren berichten darüber verschieden.

Unter unserem Material fanden wir bei dem weitaus größten Teil die Grippe oder nur „Erkältungskrankheiten" als vorausgegangenen Infekt angegeben.

So verschieden die Grippe in jedem Jahr an Umfang und Charakter auftritt, so wechselnd ist auch die Häufigkeit und Symptomatik der postinfektiösen Psychosen. Eine Häufung von Hirnerkrankungen nach Grippe, sowohl allgemein psychotischer wie enzephalitischer Art, konnte zuletzt im Frühjahr 1937 an der hiesigen Klinik beobachtet werden.

Es scheint nun, als ob bei der Grippe doch eine gewisse Ähnlichkeit in den psychischen Störungen besteht und zwar insofern, als oft nur Klagen über allgemeine Unluststimmung, Mattigkeit, Schlaflosigkeit, Unruhe und Lebensüberdruß vorherrschend sind. Tiefergreifende psychotische Vorstellungen fehlen dagegen bei diesen Formen. Neben solchen Psychosen, die man als depressive Verstimmungen bezeichnen kann, findet man aber nach Grippe auch alle anderen Formen psychischer Störungen, vor allem amentielle Bilder, wie man sie ebenso nach anderen Infektionskrankheiten beobachten kann. Ferner sieht man auch Bilder, die der Schizophrenie oder, seltener, dem manisch-depressiven Irresein sehr ähneln. Hier spielt, wie es später im einzelnen noch erörtert werden soll, das hereditäre und dispositionelle Moment eine ausschlaggebende Rolle.

Die Schwere des vorausgegangenen Infektes hatte nach unseren Befunden auf die Häufigkeit und Schwere der nachfolgenden Psychosen keinen sichtbar ausschlaggebenden Einfluß. Oft waren es nur leicht fieberhafte Erkältungen, die die Psychosen verursachten. Ähnlich berichtet auch K l e i s t von der Grippeepidemie 1918—19. Wohl sah er während der zweiten schwereren Krankheitswelle 1919 häufiger Psychosen auftreten als nach dem ersten leichteren Anstieg 1918; aber das beweist noch nicht, daß die Heftigkeit der körperlichen Erscheinungen mit der Häufigkeit postinfektiöser Psychosen unbedingt zusammengeht. Vielmehr kann man die Häufigkeit nachfolgender Psychosen als Kennzeichen für den besonderen Charakter der Epidemie ansehen.

Über die Ursachen, die zu postinfektiösen Psychosen führen können, bestehen viele Vermutungen. K r a e p e l i n glaubt, daß hauptsächlich die gegen Ende der Krankheit stärker zerfallenden Krankheitserreger und die Abbaustoffe des eigenen Körpers es seien, die die schweren toxischen Hirnschädigungen und damit die Psychosen verursachen. Von anderen Autoren wird dem Schwäche- und Erschöpfungszustand nach schwerer Krankheit

besondere Bedeutung beigemessen. Hierauf weist die Bezeichnung „asthenische Delirien" oder „Kollapsdelirien" hin. Diese Kollapsdelirien setzen noch während des Fieberabfalles oder sofort danach ein und haben einen schnellen, meist tödlichen Verlauf. (Bei unseren Krankenblättern fanden wir keinen hier zugehörigen Fall).

Binswanger und Berger beschrieben bei einigen Fällen von Kollapsdelirien nach Grippe in ausführlicher Weise pathologisch-anatomische Veränderungen des Gehirns, und zwar entzündlich-degenerativer Art. Kleist beschreibt bei einer postgrippösen Halluzinose und bei einer hyperkinetisch-akinetischen Psychose nach Grippe anatomisch nachweisbare toxisch-infektiöse Gehirnschädigungen. Man ersieht daraus, daß auch anatomisch faßbare Hirnschädigungen als Ursache von postinfektiösen Psychosen keine geringe Rolle spielen.

Von allen Autoren werden hereditäre Belastung und eine individuelle Disposition zu symptomatischen Psychosen bei den Kranken festgestellt und immer wieder betont, vor allem, wie gesagt, in der neueren Literatur.

Neben den toxischen oder organischen Schädigungen, neben der Erschöpfung des Gesamtorganismus und neben der hereditären bzw. dispositionellen Veranlagung spielen aber sicher noch andere Faktoren eine nicht unwesentliche Rolle, wie wir in dieser Arbeit zeigen werden.

Da in den früheren Jahren bei der klinischen Diagnosestellung der voraufgegangene Infekt häufig nicht berücksichtigt worden ist, haben wir bei allen Psychosen in den hiesigen Krankenblättern bis zum Jahre 1927 nachgeprüft, ob irgendein Infekt vor Beginn der psychischen Störung in der Anamnese angegeben wurde. Hierbei fanden wir, daß dies besonders häufig bei Psychosen mit schizophrener Symptomatik der Fall war. Oft lag jedoch der Infekt so weit zurück vor dem eigentlichen Ausbruch der Psychose, daß ein Zusammenhang nicht mit genügender Sicherheit angenommen werden konnte. Es zeigte sich auch, daß, je weiter der Infekt zurücklag, umso häufiger die Psychosen den typischen Verlauf nahmen, wie wir ihn bei den rein endogenen Gemütsstörungen kennen. Bei typisch zirkulären Psychosen fanden wir auffälligerweise nie etwas von einem voraufgegangenen Infekt angegeben. Jedoch sind in der hiesigen Gegend zirkuläre Psychosen nicht häufig und das Beobachtungsmaterial ist nur gering. Auch andernorts wird jedoch die Seltenheit des Ausbruches einer manisch-depressiven Schwankung nach einem Infekt betont.

Von den Psychosen, die wir nicht mehr als postinfektiöse betrachten konnten, sind in dieser Arbeit noch diejenigen kurz angeführt, die zeitlich unmittelbar nach einem Infekt ausbrachen. Diese Fälle sind mit aufgenommen worden, einmal um zu zeigen, welche Wichtigkeit einem Infekt als rein auslösender Faktor zukommt, zum andern, um einen Vergleich bezüglich des Aufbaues und Verlaufes gegenüber den eigentlichen Infektionspsychosen zu haben.

Uns war bei dieser Arbeit besonders folgende Frage wichtig: Wie weit sind diese „postinfektiösen" Psychosen exogen bedingt, wie weit endogen? Wir haben nach diesem Gesichtspunkt eine Gruppeneinteilung vorgenommen, soweit eine Gruppierung überhaupt möglich ist, denn eine Gruppe geht ohne scharfe Grenze in die andere über.

Die Fälle werden in folgende 5 Gruppen zusammengestellt:

1. Gruppe: Depressive Zustandsbilder nach grippösem Infekt.
2. Gruppe: Psychosen exogener Symptomatik (amentiell-delirantes Syndrom).
3. Gruppe: Exogen bedingte Psychosen mit endogenen Symptomen.
4. Gruppe: Wahrscheinlich endogene Psychosen exogen ausgelöst.
5. Gruppe: Endogene Psychosen exogen ausgelöst.

Gruppe 1. Depressive Zustandsbilder nach grippösem Infekt.

Die depressiven Verstimmungen, wie sie unter der ersten Gruppe zusammengestellt sind, scheinen eine in gewissem Sinne typische Gemütsstörung nach grippösen Infekten zu sein. Es ist nicht gesagt, daß diese Verstimmungen ausschließlich nach Grippe auftreten, doch findet man sie nach Grippe besonders häufig.

Die hier beschriebenen depressiven Verstimmungen unterscheiden sich dadurch grundsätzlich von den Psychosen der folgenden Gruppen, daß keine eigentlichen psychotischen Gedankengänge bei den Kranken hervortreten. Es wird nur über allgemeine Entmutigung, Unruhe, Müdigkeit, Lebensunlust geklagt, ohne daß suicidale Neigungen oder massive depressive Wahnideen bestehen. Häufig begleitende leichte organische Erscheinungen, wie Taubsein und Kribbeln in den Gliedern oder ziehende Schmerzen lassen vermuten, daß ein organischer Prozeß im Zentralnervensystem mit diesen Erscheinungen in ursächlichem Zusammenhang steht. Dafür sprechen ebenso die — wenn auch geringen — pathologischen Befunde im Liquor, worauf später näher eingegangen werden soll.

Es folgen jetzt Beispiele von Krankengeschichten, die gekürzt wiedergegeben werden. Die Diagnosen sollen in allen Fällen so bestehen bleiben, wie wir sie in den Krankenblättern angegeben fanden.

Fall 1. K. H. 30 J. Männlich.

Aufnahme: 7. 10. 1936.

Diagnose: Subdepressives Zustandsbild nach grippösem Infekt.

Heredität: o. B.

Vorgeschichte: Patient ist in der Schule einmal sitzen geblieben. Er war nie sehr lebhaft. In den letzten Jahren war er bei schwerer Arbeit leicht aufgeregt und zitterte dann.

Jetzige Erkrankung: Im Januar/Februar 1936 hatte Patient eine heftige Grippe. Danach fühlte er sich zuerst gut. Nach etwa 4 Wochen spürte er wieder Mißbehagen mit allgemeiner Schwäche, war niedergeschlagen, weinte oft, hatte Herzklopfen, Beklemmungen und arbeitete nicht mehr. Er machte sich aber keine schweren Gedanken. — In der Klinik klagte er über benommenen Kopf, besonders vormittags „wenn ich aufwache und merke, wie krank ich bin". Außerdem klagte er über ein unangenehmes Gefühl in den Armen, besonders in den Gelenken und über Angstzustände, Schmerzen und Beklemmungen in der Brust.
Am 20. 10. 1936 wird er ungeheilt gegen Revers nach Hause abgeholt. Im Ianuar 1937 habe er erst Besserung verspürt.

Fall 2. W. G. 30 J. Männlich.

Aufnahme: 17. 8. 1935.

Diagnose: Postgrippöse Restbeschwerden.

Heredität: o. B.

Vorgeschichte: Patient hat in der Schule gut gelernt. Er ist nie schwer krank gewesen. Er wurde immer leicht zornig, war ein „Ausbund".

Jetzige Erkrankung: Februar 1935 hatte Patient eine Grippe, war 7 Wochen bettlägerig bei nur geringen Temperaturen. Er fühlte sich nach der Krankheit immer schlapp, klappte wiederholt bei der Arbeit zusammen, lag dann ruhig, war ganz klar, hatte nur eben keine Kraft mehr. Er litt an Angstgefühlen und Beklemmungszuständen. Er hatte manchmal in den Händen das Gefühl, als seien Disteln drin. Lippen und Zunge waren ihm oft taub. In der Klinik ist der Patient sehr wehleidig, klagt über Kribbeln in den Gliedern.
Liquorbefund: Eiweiß: 3 Teilstriche, Pandy +, Siliquid schwach +, Zellzahl 13/3, kleine Goldsolzacke.
Am 24. 9. 1935 wird der Patient, wenig gebessert, auf eigenen Wunsch entlassen. Er fühlt sich im Frühjahr 1937 wieder völlig wohl und arbeitsfähig.

Fall 3. L. K. 41 J. Männlich.

Aufnahme: 5. 8. 1935.

Diagnose: Vitalschwankungen (postgrippös verstärkt).

Heredität: o. B.

Vorgeschichte: Patient hat keine schweren Krankheiten durchgemacht. Er hatte 1930 Grippe und war danach monatelang wegen einer Herzneurose außer Dienst. Auch schon 1920 war es ihm nach einer Grippe ähnlich ergangen.

Jetzige Erkrankung: März 1935 hatte Patient wieder Grippe, danach trat ein ähnlicher Zustand auf wie 1930. Unruhe im ganzen Körper, heimlicher ziehender Schmerz, als ob alles wund wäre. „Eine Beklemmung, man kann das in Worten garnicht schildern." Ab und zu

litt er an Brechgefühl und Durchfall. 1920 hatte er einen ähnlichen Zustand, Druck im Leib, Benommenheit im Kopf. Er konnte danach wieder alles leisten.
Am 24. 8. 1935 wird Patient wesentlich gebessert entlassen.

Fall 4. D. I. 37 J. Weiblich.

Aufnahme: 7. 9. 1935.

Diagnose: Verstimmung nach Angina (Grippe?).

Heredität: o. B.

Vorgeschichte: Patientin war nie ernstlich krank. Sie sei immer etwas grüblerisch veranlagt gewesen. In den letzten Jahren war sie leicht aufgeregt, neigte zu Kopfschmerzen.

Jetzige Erkrankung: Im Mai 1935 machte Patientin eine Erkältung durch mit Mandelentzündung. Seitdem leidet sie an argen Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, geringem Appetit und allgemeiner Mattigkeit. Sie grübelt viel darüber, wie es in Zukunft werden soll, sie meint aber selbst, das sei unnötig.

Körperlicher Betund: Blutdruck: 150/100, Strümpell beiderseits +, sonst o. B.
Patientin wird nach 2 Tagen gegen Revers von ihrem Mann abgeholt.

Fall 5. K. Z. 59 J. Männlich.

Aufnahme: 23. 3. 1934.

Diagnose: Grippedepression, zerebrale Gefäßschwäche.

Konstitution: pyknisch.

Heredität: o. B.

Vorgeschichte: Patient war stets gesund. Er hatte 1914 im Feld eine akute Herzerweiterung, die sich bald zurückbildete. Er war stets fröhlich, tätig und interessiert.

Jetzige Erkrankung: Vor 4 Wochen hatte Patient Grippe. Seit 14 Tagen leidet er an einer seelischen Verstimmung, an einer Leere im Kopf, fürchtet, den Verstand zu verlieren. Appetit und Schlaf werden zusehends schlechter. Im Gegensatz zu früher ist er an beruflichen, politischen und sonstigen Dingen völlig interesselos. Patient klagt über tourenweise auftretende Unruhe im ganzen Körper, besonders in den Beinen. Die Stimmung ist wehmütig, doch trägt er sich nicht mit Suicidgedanken. Er ist psychisch leicht gehemmt, neigt zu Agitiertheit, ist diffus beunruhigt, alteriert.
Er spricht auf Behandlung gut an. Das Depressive tritt allmählich in den Hintergrund. Es treten jetzt mehr die Symptome der zerebralen Gefäßschwäche zutage: Schwindelgefühl, Ohrensausen, Affektinkontinenz.
Am 30. 4. 1934 wird Patient in ambulante Behandlung entlassen.

Fall 6. J. S. 31 J. Männlich.

Aufnahme: 3. 10. 1935.

Diagnose: Polyneuritis und depressive Verstimmung nach grippösem Infekt.

Konstitution: pyknisch mit athletischen Einschlägen.

Heredität: Die Mutter ist seit dem Tode des Mannes sehr gedrückt, eine Schwester hat zweimal einen Anfall gehabt, wobei sie verwirrt sprach.

Vorgeschichte: Patient war immer lebenslustig. Er war leicht erregbar, ging gleich hoch, schlug auch mal zu.

Jetzige Erkrankung: Im November 1934 hat Patient Grippe gehabt, seit der Zeit sei er mit Unterbrechungen krank. Er habe Kopfschmerzen, Schmerzen in der Brust, sei immer müde und abgespannt, doch ohne Fieber. Das Interesse an der Umwelt habe vollkommen nachgelassen, er sei müde und gedrückt. Er klagt über Reißen in Händen und Füßen.
Patient wirkt auf der Station depressiv, leicht gehemmt, moros, weint viel. Auf eine Pyriferkur hin wird er frischer, freier und interessierter. Er klagt jedoch noch über Reißen in Händen und Füßen.

Körperlicher Befund: Schilddrüse vergrößert, feinschlägiger Tremor der Finger. Graefe'sches Symptom +.

Liquorbefund: leichte Goldsolzacke. Liquorzucker 78 mg%.
Am 19. 12. 1936 wird Patient gebessert nach Hause entlassen.
Juni 1937: Patient klagt noch in hypochondrischer Weise über die alten Beschwerden. Er habe vor 8 Tagen zum erstenmal seine Arbeit wieder aufgenommen, habe es aber nicht geschafft.

Fall 7. K. H. 39 J. Weiblich.

Aufnahme: 4. 2. 1927.

Diagnose: Depression.

Heredität: o. B.

Vorgeschichte: Patientin war früher heiter und gesellig. Seit Jahren aber war sie leicht ängstlich und schreckhaft. Sie war nie ernstlich krank. 1920 litt sie nach einer Grippeerkrankung 6—8 Wochen lang an Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Herzbeschwerden. Dann war sie wieder gesund.

Jetzige Erkrankung: Vor 6 Wochen hatte Patientin eine Angina. Danach trat Ängstlichkeit, Herzklopfen, Appetitlosigkeit und schlechter Schlaf auf. Das Denken ging schlecht. Sie hatte Angst, sie könne sich selbst etwas antun. Versündigungsideen traten nicht auf.
Patientin ist auf der Station freundlich, aber zurückhaltend, nicht stark depressiv. Ihr Ausdruck ist etwas starr und fragend. Neurologisch und somatisch o. B.
Am 25. 3. 1927 wird sie wenig gebessert nach Hause geholt.

Dies ist eine Auswahl von Krankengeschichten, die wir in gewissem Sinne als typisch für postgrippöse Psychosen ansehen können. Die Kranken machten meistenteils nur eine symptomatisch leichte Grippe durch, die manchmal kurzdauernd, häufiger aber recht langwierig war. Nur in einem Falle wird eine heftige Erkrankung angegeben. Die Patienten können sich von der Grippe nicht recht erholen. Immer wieder werden Klagen über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, allgemeine Mattigkeit, Arbeitsunlust, Angstgefühle und Unruhe vorgebracht. Die ganze Vitalität ist stark herabgesetzt.

Im Gegensatz zu den endogenen Depressionen findet man hier ausgesprochene Krankheitseinsicht: „wenn ich morgens aufwache und merke, wie krank ich bin", sagt ein Patient. „Ein heimlich ziehender Schmerz, als ob alles wund wäre, eine Beklemmung,

man kann das garnicht in Worte fassen", sagt ein anderer. Diese Kranken fühlen sich körperlich krank. Sie sind psychisch nicht so stark gequält wie die endogen Erkrankten und haben keinerlei Versündigungs- oder Kleinheitsideen. Sie werden nicht suicidal, obgleich sie über Lebensunlust klagen. Die leidenschaftliche Intensität der depressiven Gefühlserregungen, wie sie doch für die endogenen Psychosen so bezeichnend sind, fehlen diesen Grippekranken vollkommen. Eine Patientin sagt einmal, sie müsse soviel grübeln, meint dann aber selbst, das sei doch unnötig. Das ist nicht der Ausdruck für eine endogen psychisch Erkrankte. Dagegen klagen fast alle Patienten über unangenehme Sensationen oder Schmerzen, die durch den ganzen Körper ziehen. Man hört Klagen über Reißen oder taubes Gefühl in den Händen und Füßen, Herzklopfen, Beklemmungszustände, ziehende Schmerzen im Körper, Übelkeit.

Diese Erscheinungen lassen vermuten, daß es sich bei diesen Grippedepressionen um Folgeerscheinungen einer echten toxischen(?) Affektion im Zentralnervensystem handelt. Liquoruntersuchungen liegen leider nur bei zweien von diesen Fällen vor. Doch bei beiden waren leichte pathologische Veränderungen des Liquors festzustellen, worauf später näher eingegangen werden soll. Diese objektiven Befunde der Liquorveränderungen bestärken die Ansicht, daß ein organischer Prozeß zum Teil Ursache aller Erscheinungen ist.

Bei manchen Kranken muß man eine dispositionelle Veranlagung zu symptomatischen Psychosen annehmen. Dies wurde vor allem von K l e i s t und B e c k schon beobachtet und beschrieben. Von den bei uns beobachteten Fällen hatte der Patient L. K. (Fall 3) zweimal vorher schon ähnliche Depressionen nach Grippe durchgemacht. Fall 7 hatte einmal nach Grippe schon einen Depressionszustand. Eine besondere Empfindlichkeit des Zentralnervensystems auf exogene Schädigungen ist in diesen Fällen sicher anzunehmen. Trotzdem müssen wir betonen, daß bei genügend starker Schädigung auch der widerstandsfähigste Mensch vor einer psychotischen Reaktion nicht gesichert ist.

Die Widerstandsfähigkeit der eben beschriebenen Kranken war in den meisten Fällen nur gering. Es wird in der Anamnese angegeben, sie seien schon vor der Grippeerkrankung entweder leicht aufgeregt gewesen, oder sie waren in den letzten Jahren ängstlich, schreckhaft, leicht erregbar. Nur bei den Fällen 2 und 5 werden keine Besonderheiten in der Anamnese inbezug auf körperliche und nervöse Labilität angegeben. D i e G r i p p e d e p r e s s i o n e n t r e f f e n a l s o v o r a l l e m s o l c h e K r a n k e, d i e s c h o n v o r h e r s o m a t i s c h u n d n e r v ö s a n f ä l l i g w a r e n.

Die hereditäre Belastung spielt dagegen bei diesen Patienten nur eine geringe Rolle. Nur in einem von den 7 Fällen (Fall 6) liegt eine leichte familiäre Belastung vor.

Gruppe 2. Psychosen exogener Symptomatik (amentiell-delirantes Syndrom).

Es folgen jetzt die Psychosen der amentiellen Gruppe, da sie den Grippedepressionen inbezug auf die Exogenität der Psychosen am nächsten stehen.

In der Gruppe 2 sind diejenigen Psychosen zusammengefaßt, die das typische Bild der exogenen Psychosen zeigen, und zwar die deliranten sowie die amentiellen Zustandsbilder. Es wird hier weniger Wert gelegt auf eine Unterscheidung in der Symptomatik der einzelnen Bilder untereinander, als auf ein deutliches Herausheben der exogenen Symptomatik an sich. Demgegenüber werden in den folgenden Gruppen immer deutlicher endogene Züge hervortreten.

Es ist keine scharfe Abgrenzung zwischen den Krankheitsbildern der einzelnen Gruppen möglich, immer sind Mischfälle dabei, die zu der nächsten Gruppe überleiten. Wir sehen dies z. B. im folgenden Fall.

Fall 8. K. D. 44 J. Männlich.

Aufnahme: 17. 2. 1931.

Diagnose: Endogene Depression exogen ausgelöst (Encephalitis?).

Heredität: unbekannt.

Vorgeschichte: Patient war arbeitsam, sparsam und fromm, war immer sehr für sich. Im Felde hatte er Malaria gehabt, 1919 letzter Anfall.

Jetzige Erkrankung: Ende Januar 1931 hatte Patient Grippe, seit der Zeit sei er völlig schlaflos. Er hat bis zum 15. 2. noch gearbeitet, machte dann plötzlich an dem Tag einen Suizidversuch. Er sagte danach, „der Böse hat mich überkommen". Er glaubte den Teufel zu sehen und meinte, im Himmel sei kein Platz mehr für ihn. Seine Umgebung fand er verändert und fremdartig.

Der Patient kann sich bei der Aufnahme an die letzten Tage, auch an den Suicidversuch, nur unklar, „wie im Traum" erinnern. Er habe neulich das Gefühl gehabt, als würde er irrsinnig. Er habe starke Kopfschmerzen, zeitweise Schwindelgefühl und Dunst vor den Augen, kein Doppeltsehen. Er hat auch ein ängstliches Gefühl, als ob ihm jemand auf den Fersen wäre.

Patient ist im ganzen etwas bewegungsarm, hat schlaffe Gesichtsmuskulatur, fast völlig fehlende Mimik, ist aber zugewandt, weder gehemmt noch steif.

4. 3. 31. Patient schläft viel, auch tagsüber.

16. 3. 31. Patient klagt über starke Kopfschmerzen. Die körperliche Untersuchung ergibt: Hofmann re. +, Bicepsreflex rechts stärker als

links.
15. 4. 31. Wesentliche Besserung. Ist noch etwas unruhig, klagt wieder über Schlaflosigkeit.

Liquoruntersuchung ergab positive Pandyreaktion, sonst o. B. Temperaturen dauernd normal.
22. 5. 31 geheilt entlassen. Eine Nachuntersuchung ergab keine pathologischen Veränderungen mehr.
Juni 1937: Patient berichtet, gesund und arbeitsfähig zu sein, doch nicht ganz so, wie vor der Erkrankung.

Die Psychose bei diesem Kranken beginnt mit einem amentiellen Zustandsbild: der Patient ist im Bewußtsein getrübt, findet seine Umgebung verändert, alles ist ihm fremdartig. Er macht einen Suicidversuch, an den er sich später nur unklar erinnert. Überhaupt erscheinen ihm diese Tage später „wie ein Traum". Er habe das Gefühl gehabt, er würde den Verstand verlieren. Nachdem dieser Zustand vorüber ist, treten die Erscheinungen hervor, die schon bei den Grippedepressionen beschrieben wurden: Kopfschmerzen, Schwindel, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit bei tiefer depressiver Verstimmung. Daß nur die zweite Phase der Psychose klinisch beobachtet wurde, veranlaßt vielleicht die Diagnose „endogene Depression exogen ausgelöst". Das anfänglich amentielle Zustandsbild, das allmählich übergeht in einen Zustand analog den Grippedepressionen, läßt jedoch vielmehr eine vorwiegend exogene Entstehung der Psychose vermuten. — Die Schlafstörung, Kopfschmerzen, Schwindel, daneben die fast stillstehende Mimik und andere Hemmungserscheinungen in der Psychomotorik ließen während der klinischen Beobachtung zugleich an Folgeerscheinungen einer Encephalitis denken. Doch diese Starre in der Psychomotorik ist auch als abklingendes amentielles Symptom deutbar.

Es wird in der Anamnese nichts von einer früheren depressiven Schwankung des jetzt 44jährigen berichtet. Die Heredität des Erkrankten ist leider nicht bekannt.

Wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir diesen Fall in die Gruppe der exogenen Psychosen einreihen.

Fall 9. K. G. 42 J. Männlich.

Aufnahme: 3. 12. 1936.

Diagnose: Delirantes Zustandsbild nach Grippe.

Konstitution: leptosom-asthenisch. Syndaktylie der 3. und 4. Finger beiderseits bis ins Mittelglied.

Heredität: o. B.

Vorgeschichte: Während einer Erysipelerkrankung des Patienten im Jahre 1934 verfiel er in ein toxisches Delirium, er war ängstlich und motorisch erregt. 4—5 Wochen war er in der Heilanstalt. In gesunden Zeiten war er gutmütig, gesellig, doch leicht erregbar.

Jetzige Erkrankung: Vor einigen Tagen hatte Patient Grippe, jetzt noch subfebrile Temperaturen. Letzte Nacht hatte er plötzlich große

Angst, glaubte, etwas Falsches unterschrieben zu haben. Er war sehr aufgeregt und unruhig, drängte aus dem Bett. Er hatte die letzten Nächte vorher schon schlecht geschlafen.
Patient liegt bei der Aufnahme in tiefem Schlaf (Mo.-Scop.-Wirkung). Die Extremitäten sind krampfhaft gespannt. Später lockert sich der Spasmus bis zur Hypotonie. Keine pathologischen Reflexe feststellbar.
4. 12. 36. Temperatur normal. Patient ist in dauernder motorischer Unruhe, zupft an der Bettdecke, zerreißt sie, wühlt unter den Matratzen, ist zeitlich und örtlich nicht orientiert. Der Affekt ist ängstlich erregt.
6. 12. 36. Patient ist ruhiger geworden, ist aber noch benommen.
12. 12. 36. Patient ist wieder bei klarem Bewußtsein, geordnet, doch merkt man ihm noch eine innere Unruhe an.
23. 12. 36. Der Kranke wird gegen Revers nach Hause geholt, ist fast geheilt.
Juli 1937: Ehefrau berichtet, der Patient fühle sich wohl, könne aber nicht mehr so wie früher arbeiten. Er schliefe nach Anstrengung schlecht und müsse sich vor Aufregung hüten.

Bei dem Patienten K. G. besteht eine ausgesprochene konstitutionelle Minderwertigkeit: der Körperbau ist stark asthenisch, an den Händen bestehen Dysplasien in Form von Syndaktylien der 3. und 4. Finger. Der Kranke wird als ein leicht erregbarer, aber gutmütiger Mensch geschildert. Schon einmal reagierte er auf eine toxische Schädigung (Erysipel) mit einem Delir. Nach dem jetzigen grippösen Infekt reagiert er wieder mit einem deliranten Zustandsbild, sodaß man annehmen muß, daß es sich bei ihm um eine individuelle Veranlagung, um einen exogenen Reaktionstyp handelt.

Die deliranten Symptome waren eindeutig: der Patient wurde plötzlich ängstlich erregt, benommen, drängte aus dem Bett, zupfte an der Bettdecke, wühlte unter der Matratze. Er beruhigte sich bald wieder, und bis auf eine leichte innere Unruhe wurde er geheilt entlassen.

Von den 7 Fällen dieser Gruppe zeigt nur dieser Fall 9 und der später zu beschreibende Fall 12 ein delirantes Zustandsbild. Die übrigen 5 Fälle gehören der Amentia an. Roemer gibt bei einer Zusammenstellung der symptomatischen Psychosen im Puerperium ebenfalls ein Überwiegen der Amentia gegenüber allen anderen Wochenbettpsychosen an.

Fall 10. H. M. 24 J. Männlich.

Aufnahme: 6. 1. 1936.

Diagnose: Amentielles Zustandbild.

Konstitution: leptosom.

Heredität: o. B.

Vorgeschichte: Patient ist nie ernstlich krank gewesen, ist Sportsmann. Er war immer lebhaft, gesellig, draufgängerisch, hat gut gelernt.

Jetzige Erkrankung: Im November 1935 trat eine Kieferhöhlenentzündung nach Zahnextraktion auf. Er lag 12 Tage in der chirurgischen Klinik, hatte Temperaturen bis 39,4°. Nach der Entlassung konnte er den

Dienst wieder gut versehen. Am Sylvesterabend trank er reichlich Alkohol. Am nächsten Tag war er dösig, was er auf den Alkohol schob. Der Zustand verschlimmerte sich jedoch in den folgenden Tagen, die Sinne waren ihm wie abgestumpft, er sah und hörte schlechter. Die Umgebung erschien ihm seltsam; er mußte über alles nachgrübeln. Er wußte nicht, ob Aufträge, die ihm gegeben wurden, Spaß waren oder ernst gemeint seien. Er vergaß alles schnell. Die Stimmung war wechselnd, meist deprimiert.

Der Patient ist auf der Station meist schläfrig, fühlt sich wie im Traum. Beim Lesen fehlen ihm völlig die Zusammenhänge, die Sätze kommen ihm sinnlos vor. Das Gedächtnis hat nachgelassen. Irgendwie besondere innere Erlebnisse habe er nicht.

10. 1. 36. Gestern Lumbalpunktion. Patient hatte danach einen völlig freien und klaren Kopf.

18. 1. 36. Patient schildert wieder seinen traumartigen Zustand, fühlt sich jedoch im ganzen frischer.

Liquorbefund: kleine Goldsolzacke, Weichbrodt schwach +. Körperlicher Befund o. B.

1. 2. 36. Entlassung. Patient fühlt sich wohl, er macht einen frischen Eindruck.

Juni 1937: Patient berichtet, wieder völlig gesund und leistungsfähig zu sein.

Ein inbezug auf Heredität und dispositioneller Veranlagung scheinbar völlig gesunder junger Mensch macht eine schwere eitrige Kieferhöhlenerkrankung durch. Er überwindet diese Erkrankung gut, sodaß er seine Arbeit wieder voll leisten kann. Kurz nach der Genesung kommt es bei dem Patienten zu einem Alkoholexzeß. Erst diese erneute Schwächung des Körpers löst eine psychische Störung aus. Weder die Krankheit allein, noch die früheren Alkoholgenüsse waren fähig gewesen, die Widerstandskraft des Patienten zu erschöpfen; jedoch der fast gleichzeitigen doppelten Schädigung war auch dieser Körper nicht gewachsen. Über die allgemeine Dösigkeit mit Kopfschmerzen und Mattigkeit nach einem Alkoholexzeß gleitet der Patient in ein amentielles Zustandsbild hinein mit Fremdheitsgefühlen, erschwerter Auffassungsgabe, Gedächtnisschwäche und traumhafter Verlorenheit.

Der leicht pathologische Liquorbefund zeigt, daß das Zentralnervensystem durch die voraufgegangene Erkrankung irgendwie geschädigt wurde. Doch diese Schädigung wäre ohne die schwächende Wirkung des Alkohols wahrscheinlich latent geblieben.

Fall 11. E. K. 19 J. Weiblich.

Aufnahme: 2. 7. 36.

Diagnose: Exogene Psychose nach Scharlach bei Asthenie.

Konstitution: asthenisch.

Heredität: angeblich o. B.

Vorgeschichte: soweit bekannt o. B.

Jetzige Erkrankung: Patientin erkrankte am 31. 5. 36 an Scharlach, kam ins Krankenhaus, wo bei der Entlassung am 13. 6. 36 schon eine

leichte psychische Veränderung an ihr wahrgenommen wurde. Zu Hause wurde sie unruhig und wurde am 20. 6. wegen des voraufgegangenen Scharlachs in die medizinische Klinik verlegt. Sie mußte mit Scopolamin und Luminal beruhigt werden. Am 2. 7. wurde die Patientin in die Nervenklinik verlegt. Bei der Aufnahme ist die Schuppung fast beendet. Die Patientin ist ängstlich-gespannt, schaut unruhig umher. Sie ist nicht imstande, geordnete Auskunft zu geben, bringt immer nur ein bis zwei Worte heraus. Auf der Station ist sie weinerlich, quängelnd, stöhnt vor sich hin. „Ach bitte, hilf mir heraus, du bist doch der Herr Pfarrer hier, meine Mutter ist doch tot, die lag neben mir." Sie erzählt dann weiter von den Wölfen, die ihr im Traum erschienen sind. Sie ist verlangsamt und gehemmt, ist zeitlich und örtlich nicht orientiert.
29. 7. 36. Deutlich gebessert. Sie schreibt schon geordnete Briefe nach Hause. Doch ist sie noch weinerlich, depressiv; klagt, sie werde doch nicht wieder gesund. Zeitweise sind leichte Temperaturschwankungen feststellbar.
5. 8. 36. Es tritt eine leichte entzündliche Kniegelenkschwellung auf, die Temperatur ist dabei nicht erhöht. Psychisch und motorisch ist die Patientin noch erheblich gehemmt.
Körperlicher Befund: außer einer extremen Asthenie keine Besonderheiten. Neurologisch o. B.
12. 9. 36. Entlassung. Patientin war in letzter Zeit frisch und zugewandt.
Juni 1937: Patientin berichtet, sie fühle sich seit der Entlassung vollkommen wohl. Sie sei stärker und kräftiger geworden.

Im Krankenblatt der Patientin E. K. war noch vermerkt: „Die Schwere der Erscheinungen wird verständlich bei der Betrachtung des extrem asthenischen Körperbaues der Patientin." Diese Bemerkung ist auffallend. Besteht tatsächlich ein Zusammenhang zwischen dem asthenischen Körperbau und exogener Psychose?

Wenn wir uns die Fälle dieser Gruppe auf den Körperbau hin näher betrachten, so wird auffallend häufig angegeben: leptosom-asthenischer Körperbau, Hypoplasien und Dysplasien. Nur der noch zu besprechende Fall 14 wird als pyknisch-hypoplastisch bezeichnet. Außerdem fehlt leider bei den Fällen 12 und 13 das Konstitutionsschema. Ein endgültiges Urteil über den Körperbau bei den exogenen Psychosen ist bei den wenigen Fällen selbstverständlich nicht möglich. Doch fällt schon hier bei Betrachtung der wenigen Fälle manches auf: die Kranken dieser Gruppe sind Menschen mit meist asthenischem Körperbau, mit hypoplastischen und dysplastischen Merkmalen, mit lebhafter Reflexerregbarkeit, labiler Vasomotorik. Sie sind leicht erregbar, nervös, überempfindlich gegen innere und äußere Reize. In diesem Zusammenhang ist auch die Labilität der psychischen Resistenz leicht erklärlich. Die Symptome der Amentia wie Ratlosigkeit, Ängstlichkeit, Unsicherheit sind auch in den gesunden Zeiten dieser Patienten oft deutlich erkennbar. So ist die Symptomatik einer Psychose an sich nicht völlig unabhängig von der jeweiligen psychischen Konstitution, die ihrerseits wieder in engstem Zusammenhang steht mit der körperlichen Konstitution.

Wir fanden demgegenüber bei den Grippedepressionen der Gruppe 1 auffallend häufig Kranke mit pyknischem und pyknisch-athletischem Körperbau. Nach der Lehre von Kretschmer besteht ja ein enger Zusammenhang zwischen pyknischer Konstitution und manisch-depressivem Irresein. Ebenso reagiert nun auch auf exogene Schädigungen der Pykniker oft mit depressiven Erscheinungen. Diese Depressionen sind aber deswegen nicht einer endogenen Depression gleichzusetzen, sondern es ist anzunehmen, daß ohne äußere Schädigung des Körpers nie stärkere Stimmungsschwankungen bei diesen Patienten hervorgetreten wären.

Es wäre demnach noch an einem größeren Material zu prüfen, ob im allgemeinen die Pykniker mit depressiven und die Astheniker mit amentiellen Zustandsbildern auf infektiöse Schädigungen reagieren.

Bei dem folgenden Fall 12 fehlt das Konstitutionsschema. Nach den Charaktereigenschaften des Patienten H. R., der als still, zurückgezogen und empfindlich geschildert wird, kann man vermuten, daß auch dieser Patient von leptosomem Körperbau ist. Dafür spricht auch ein deutlich schizophrener Einschlag in der Symptomatik dieser Psychose.

Fall 12. H. R. 18 J. Männlich.

Aufnahme: 11. 7. 1929.

Diagnose: Amentia nach fieberhafter Erkrankung.

Heredität: o. B.

Vorgeschichte: Patient war immer still, freundlich, folgsam, solide. Er hatte wenig Freunde, las gern, sprach wenig, war empfindlich. Er ist ein guter Schüler gewesen. Er war nie ernstlich krank.

Jetzige Erkrankung: Patient hatte dreimal Grippe, das erstemal im Februar 1929. Er klagte dabei immer viel über Kopfschmerzen. Temperaturen bis 39°. Zwischen den Erkrankungen hatte er immer wieder gearbeitet, war aber müde und unlustig dabei. Er war sonst sehr fleißig. Er blieb jetzt in den letzten Tagen liegen, war zeitweise schwer besinnlich, antwortete auf Fragen garnicht oder erst sehr spät, sprach viel von Käfern, die auf der Bettdecke herumliefen und suchte sie zu fangen. Bei der Aufnahme gibt Patient keine Antwort, er versteht sichtlich nicht, was man ihm sagt, starrt den Sprecher leer und verständnislos an. Er zupft an der Bettdecke, ist ratlos, ängstlich. Delirantes Bild. Er wehrt sich sinnlos gegen eine Lumbalpunktion.

24. 7. 29. Patient liegt ruhig, sehr gehemmt im Bett. Gibt keine Antwort, befolgt aber einzelne Aufforderungen.

14. 8. 29. Patient gibt jetzt ab und zu Antwort. Der ängstliche Ausdruck ist aus seinem Gesicht verschwunden. Er versinkt noch leicht in stille Träumerei.

5. 10. 29. Patient ist munter, doch scheint noch ein Rest des früheren Zustandes in einem schläfrigen Lächeln, in dem vielleicht eine gewisse Verlegenheit über das Unerklärliche der Erkrankung durchscheint, zu bestehen. Er klagt noch über Kopfschmerzen und Müdigkeit.

Liquorbefund: 21/3 Zellen, sonst o. B.
Somatischer und neurologischer Befund o. B.
11. 10. 29. Patient wird weitgehend gebessert entlassen.

Wiederaufnahme: 2. 10. 1933.
Patient sei in der Zwischenzeit ganz unauffällig gewesen, habe sich glänzend gemacht. Er habe aber mehr für sich und zurückgezogen gelebt. Seit 8 Tagen klage er wieder über Kopfschmerzen, er sei aber nicht krank gewesen. Seit 4 Tagen rede er irre, arbeite nicht mehr, sei nachts fort gewesen, kam nicht zum Essen. Man fand ihn einmal in der Nachbarschaft weinend vor. Er bezog einen Kothaufen, der auf der Straße lag, auf sich, glaubte, man wolle ihn damit ärgern. Er sei abwechselnd still und erregt, auftrumpfend gewesen, sodaß man ihn kaum beruhigen konnte. Er ginge in Wirtschaften, was er sonst nie tat, und finge Streit mit anderen Dorfjungen an.
Bei der Aufnahme ist der Patient unruhig, redet unaufhörlich, ohne doch einen Satz fertig zu bringen. Er verbindet in ideenflüchtigerweise Worte miteinander. Im Affekt ist er sehr sprunghaft. Die Unruhe wirkt nicht delirant. Die Orientierung ist erhalten. Er ist kaum im Bett zu halten. Lacht unvermittelt laut auf.
5. 10. 33. Es ist Dämmerschlaf eingeleitet worden. Patient ist nach dem Dämmerschlaf ruhiger. Er wirkt jetzt mehr schizophren, grimassiert zeitweise, lacht unvermittelt, redet mehr zerfahren als ideenflüchtig. Er hat dabei gute Krankheitseinsicht.
1. 11. 33. Er beruhigt sich mehr und mehr. Er ist noch zerfahren, in seinen Antworten und Handlungen fast symbolhaft.
15. 11. 33. Patient weint viel, er deutet an, er habe das Gefühl, nicht wieder gesund zu werden.
15. 12. 33. Er leidet unter mehrfachen depressiven Schwankungen, dabei zeigt er stärkere Neigung zum Autismus. Zeitweise ist er verlegen, träumerisch, auch etwas läppisch.
22. 12. 33. Zum Weihnachtsurlaub ist Patient nach Hause entlassen.
2. 1. 34. Aus dem Urlaub kehrt Patient wesentlich gebessert zurück. Er erinnert sich nur lückenhaft an die Vergangenheit, es erscheint ihm alles wie ein Traum.
2. 1. 34. Entlassung. Fast geheilt.

Diagnose: Amentielles Zustandsbild mit ideenflüchtigen, auch angedeutet endogen psychotischen Symptomen.
Juni 1937: Patient teilt mit, er habe sich seit der Entlassung körperlich und geistig vollkommen gesund gefühlt.

Die erste psychische Störung bei diesem Patienten zeigt durchaus ein exogenes Gepräge mit Schwerbesinnlichkeit, Unruhe, Ratlosigkeit, Zupfen an der Bettdecke und Tierchenlesen. 4 Jahre nach der Entlassung tritt ohne sichtbaren Grund wieder eine psychische Störung bei dem Patienten auf, die diesmal stark an eine Schizophrenie denken läßt, mit Zerfahrenheit, Grimassieren, unmotiviertem Lachen usw. Jedoch die weitgehende Heilung, die gute Krankheitseinsicht auch während der Erkrankung und das verhältnismäßig schnelle Abklingen der Psychose zeigt einen deutlich exogenen Einschlag. Zudem bringt er keine krankhaften Ideen im Sinne einer Schizophrenie hervor. Und ihm erscheint später diese Zeit wie ein Traum, an den er sich nur unklar erinnert.

Trotzdem wäre eine Weiterentwicklung der Persönlichkeit in der schizophrenen Richtung wohl möglich, weil die zweite Erkrankung ohne jeden sichtbaren äußeren Anlaß, 4 Jahre nach dem ersten Anfall, auftrat. Die Kopfschmerzen, die den zweiten Anfall einleiteten, kann man wohl kaum im Sinne einer Infektion werten, da alle anderen Anzeichen dafür fehlen.

Der Patient fühlt sich jetzt, 3 Jahre nach der zweiten psychischen Erkrankung, vollkommen gesund und leistungsfähig. Das Antwortschreiben auf unsere jetzige Anfrage ist etwas weitschweifend gehalten, an Kleinigkeiten haftend, unsachlich. Es erinnert leicht an epileptoide Weitschweifigkeit. Die Angaben sind aber geordnet und vernünftig, die Schrift ist ruhig und klar. Für einen durchgemachten schizophrenen Schub besteht nach diesem Schreiben kein Anhaltspunkt.

Nach allem vorher Gesagten müssen wir annehmen, daß auch die zweite psychische Störung ursächlich mit einer exogenen Schädigung zusammenhängt.

Mit dem Fall 12 treten in der Psychose so starke endogene Züge auf, daß sie differentialdiagnostisch mit erwogen werden mußten. Dies ist bei allen folgenden Krankenblättern immer mehr der Fall.

Fall 13. G. K. 31 J. Männlich.

Aufnahme: 31. 10. 1929.

Diagnose: **Postinfektiöse Psychose. Amentia?**

Heredität: Mutter sehr nervös, hat einen Augenlidertic; ein Bruder schwachsinnig, mit angeborenem Schiefhals; zwei Brüder schizoid.

Vorgeschichte: Patient war früher gesellig und witzig. Nach der Rückkehr aus dem Felde ist er sehr reizbar, grübelt viel, reibt sich den Kopf. Er war aber sonst nicht auffällig.

Jetzige Erkrankung: Anfang Oktober 1929 hatte Patient eine Grippe, Dauer 14 Tage. Ende Oktober traten Angstgefühle bei ihm auf, er glaubte, es käme jemand und wolle ihm etwas antun. Er sprach wirr, sah Wahngebilde und wollte sich aus dem Fenster stürzen.
Bei der Aufnahme ist Patient ängstlich, stöhnt, sieht starr vor sich hin. Er sagt nur immer: „Ich bin vollständig daneben, ich bin vollständig irr." Er ist zeitlich nicht orientiert.

Auf der Station ist er ratlos, unruhig. Er gibt zeitweise geordnete Auskunft über geschäftliche Schwierigkeiten, doch zwischendurch kommt immer wieder: „ich weiß nicht, mir ist alles unklar". Er ist sehr ängstlich. 6. 11. 29. Zweimal sind raptusartige motorische Entladungen aufgetreten, wobei er aus dem Bett sprang, ein gefülltes Wasserglas mit Wucht durch den Saal warf, oder er sprang auf und stand einige Zeit steif aufgerichtet im Saal. Manchmal horchte er auf, als höre er Stimmen.

15. 11. 29. Patient ist wesentlich ruhiger, erinnert sich nur dunkel an die letzte Zeit. Psychisches Verhalten: süßlich, weich, pedantisch, lächelt breit. Er erscheint klebrig weich, leicht verwirrt und unsicher, entsprechend dem Bilde einer Amentia, keinesfalls dem eine Schizophrenie.

Liquorbefund: o. B.
Körperlicher und neurologischer Befund o. B.
Temperatur in den ersten Tagen leicht erhöht, dann normal.
28. 11. 29. Entlassung gegen kleinen Revers.

Wiederaufnahme: 3. 12. 1929.
Patient habe zu Hause gleich ein Messer verlangt, er wollte nicht im Zimmer der Eltern schlafen, sodaß man ihn beaufsichtigen könnte. Deshalb erneute Einweisung.
Patient ist bei der Wiederaufnahme ruhig, geordnet, ganz vergnügt. Am 17. 12. wirkt er etwas unsicher, neigt zu Beziehungsideen. Er ist etwas traurig, gehemmt, drängt nach Hause.
28. 12. 29. Verlegung in die Landesheilanstalt.

Diagnose: schizophrenes Zustandsbild. Postinfektiöse Amentia?
In der Landesheilanstalt bleibt anfangs der Zustand noch ähnlich. Er klagt über Kopfschmerzen, ist unruhig, sagt auf Fragen nur: „das weiß ich nicht, das weiß ich aber tatsächlich nicht". Allmählich wird er unauffälliger.
Am 15. 4. 1930 wird er geheilt aus der Landesheilanstalt entlassen.

Diagnose: Symptomatische Psychose nach Grippe (Schizophrenie?).

Wiederaufnahme in die Landesheilanstalt am 19. 1. 1937.
Patient hatte den Winter an Erkältungen gelitten. Er regte sich auch sehr auf als er zur Wehrpflicht berufen wurde. Seitdem er sich in die Wehrstammrolle habe eintragen müssen, sei er seelisch verändert. Er sei ganz wirr geworden und meinte, man halte ihn für einen Saboteur, alles hier würde erschossen.
In der Anstalt ist er unruhig, ängstlich, versorgt ratlos und depressiv, klagt über Kopfschmerzen und Mattigkeit. Er fühlt sich krank. Bis jetzt, Ende Juni 1937, ist sein Zustand wenig gebessert.

Im Gegensatz zu den bisher besprochenen Fällen liegt bei diesem Patienten eine deutliche familiäre Belastung vor. Die Mutter und Geschwister des Kranken werden als nervös, schizoid und ein Bruder als schwachsinnig geschildert. Entsprechend der schizoiden Belastung trägt die symptomatische Psychose bei dem Patienten auch eine deutlich schizophrene Färbung mit angedeuteten Beziehungsideen, Wahnvorstellungen, mit leichten katatonen Symptomen und raptusartigen motorischen Entladungen. Er macht wiederholte psychotische Schübe durch mit Absacken des Persönlichkeitsniveaus.

Es ist trotzdem auffallend, daß die seelischen Störungen jedesmal auf eine Erschütterung oder Schädigung von außen her auftreten: nach dem Kriegsdienst ist der Patient sehr reizbar geworden, in tic-artiger Weise reibt er sich den Kopf; danach tritt nach einer Grippeerkrankung eine Psychose amentieller Symptomatik auf; wieder nach einem Winter mit viel Erkältungskrankheiten ist er verwirrt und unsicher, und als er sich in die Wehrstammrolle eintragen muß, verursacht ihm dies einen so starken psychischen Shok, daß er wiederum psychotisch wird.

Man muß diesen Kranken betrachten als einen anlagemäßig psychasthenischen und ängstlichen Menschen, der den Anforde-

rungen des täglichen Lebens nicht gewachsen ist, auf äußere Schädigungen und drohende Gefahren mit Verwirrtheitszuständen reagiert. Dasjenige, was in dieser Psychose schizophren anmutet, ist vielleicht nur der unbeherrschte Ausdruck eines stark schizoid-veranlagten Menschen.

Ganz anders als die vorigen Fälle dieser Gruppe ist das Bild der folgenden Psychose der Patientin P. K. Sie ist als einzige dieser Gruppe von pyknischem Körperbau, dazu von schwerblütig-zyklothymem Temperament. Die Psychomotorik der Kranken ist während der Psychose bei weitem lockerer, ungehemmter als bei den bisherigen Fällen.

Fall 14. P. K. 26 J. Weiblich.

Aufnahhme: 14. 12. 1936.

Diagnose: Oneiroides Zustandsbild.

Konstitution: pyknisch-hypoplastisch.

Heredität: o. B.

Vorgeschichte: Patientin ist eine mittelmäßige Schülerin gewesen. Sie war nie ernstlich krank, doch hat sie viel unter migräneartigen Kopfschmerzen gelitten. Die Periode war immer unregelmäßig. Sie konnte nie recht fröhlich sein, war mehr ernst gestimmt. Sie hatte sich vor 2 Jahren bekehrt, das sei ihr hart angegangen.

Jetzige Erkrankung: Vor 4 Wochen hatte Patientin einen Schnupfen gehabt mit starken Kopfschmerzen, sie konnte davon nicht mehr recht denken. „Da fing es an." Seit 4 Tagen traten sich wiederholende Erregungsanfälle auf, 3 Männer mußten sie halten. Sie wollte sich umbringen, war nicht bei Besinnung. Bei der Aufnahme erzählt Patientin, „das kam aus dem Schlaf, es war mir so, als ob etwas in mich führe, da mußte ich herausspringen. Ich meinte, ich hätte mit jemand gesprochen, dreimal mußte ich „ja" sagen. Ich wollte nicht und mußte es doch sagen. Da habe ich so geschrieen, da wurde ich so stark. Er wollte noch mit mir in ein Haus, die Leute ließen mich aber nicht hinein. Da wurde ich wieder wach und kam richtig zur Besinnung. Dann haben sie mich nach Hause getragen. Mittags kam es wieder." Patientin fährt während des Redens plötzlich hoch, schreit brrr-brrr. Verdreht die Augen dabei. (Wer hat mit Ihnen gesprochen?) „Ich weiß es nicht, wird wohl was Böses gewesen sein. Nachts hat er mal gesagt, ich wäre ein Tier und der Teufel. Ich konnte nicht unterscheiden, ob es Traum oder Wirklichkeit war."

28. 12. 36. Patientin hatte verschiedene Male „Anfälle", sie sprang aus dem Bett, tanzte in grotesken Bewegungen im Saal herum. Sie klagt zeitweise über Kopfschmerzen.

15. 1. 37. Sie ist ruhiger und gelöster. Hört keine Stimmen mehr, sieht aber noch Gestalten. Sie weiß nicht, ob es Menschen oder Tiere sind, die ziehen ihr durch den Kopf. Sie meint, eine große Sünde auf dem Gewissen zu haben, muß um Vergebung bitten. Die Patientin gibt sehr willig Auskunft.

Körperlicher Befund: Vasolabilität. Neurologisch o. B. Die Untersuchung in der Frauenklinik ergab einen infantilen Genitalapparat einer intakten Virgo.

4. 3. 37. Entlassung. Patientin ist unauffällig, freundlich, ruhig.

Die Erkrankung beginnt bei der Patientin P. K. mit Kopfschmerzen, trauriger gedrückter Gemütsverstimmung, mit Versündigungsideen und leichter Benommenheit. Dann treten Erregungsanfälle auf mit Gesichts- und Gehörshalluzinationen, bei welchen die Patientin selbst nicht weiß, was Wirklichkeit und was Traum ist. Sie ist in ihrer Motorik locker, gibt auch sehr willig über alle krankhaften Erlebnisse Auskunft. Motorik und Affektivität gehen temperamentsmäßig mehr nach der zyklothymen Seite hin. Die Patientin ist weder paramimisch noch affektsteif. Für einen schizophrenen Prozeß erscheint die Patientin viel zu gelöst, sie betrachtet ihre halluzinatorischen Erlebnisse mit Abstand. Die leichte traumhafte Verlorenheit, die Verdichtungen und katathymen Verschiebungen sind kennzeichnend für ein oneiroides Zustandsbild.

In die Körperstruktur der Kranken eingestreut sind dysgenitale Stigmen: infantiler Genitalapparat und unregelmäßige menstruelle Blutungen. Man findet nicht selten zusammen: Migräneneigung, Vasolabilität, sowie körperliche Dysplasien (Kretschmer). Die endokrinen Störungen sind für die Entstehung der Psychose sicher von wesentlicher Bedeutung. In einem späteren Falle wird sich dies noch deutlicher zeigen. Die Genese dieser Erkrankung war also wahrscheinlich endokrin-toxisch.

Betrachten wir zusammenfassend die Fälle der Gruppen 1 und 2, dann finden wir bei den Kranken mit Grippedepressionen oft angegeben: sie seien schon in den letzten Jahren leicht erregt gewesen, ängstlich und weniger leistungsfähig als früher. Es waren also schon vor der Erkrankung erschöpfte Patienten. Die seelische und körperliche Grundlage für eine Depression war vorhanden. In diese Phase verminderter Widerstandsfähigkeit trat als neue schädigende Noxe der Grippeinfekt, und nun kam es zu den anfangs beschriebenen depressiven Zustandsbildern. Es sind, wie schon erwähnt wurde, besonders Kranke mit pyknischem Körperbau, die von den Depressionen befallen wurden.

Bei den Kranken der amentiell-deliranten Gruppe wird wenig von einer momentanen seelischen oder körperlichen Erschöpfung erwähnt. Hier finden wir vielmehr eine konstitutionell bedingte schwache Widerstandsfähigkeit, extreme Asthenie mit hypoplasti-

schen und dysplastischen Zügen. Die allgemeine Lebensschwäche und Unsicherheit, die man oft bei konstitutionell unterwertigen Patienten trifft, kann die Grundlage sein, worauf sich ein amentielles Zustandsbild aufbaut. Aber erst ein Infekt oder andere Schädigungen scheinen diejenige Schwächung herbeizuführen, die zur Auslösung einer ausgesprochenen Psychose erforderlich ist.

Hereditäre Belastung spielte bei den Fällen dieser beiden Gruppen kaum eine Rolle. Von den 14 Fällen war nur bei zweien hereditäre Belastung angegeben. Man kann also sagen, daß bei den einfachen exogenen Psychosen der hereditären Belastung nur eine untergeordnete Rolle zukommt.

Demgegenüber war aber eine deutliche dispositionelle Veranlagung zu symptomatischen Psychosen erkennbar. Diese Veranlagung war in 4 von 14 Fällen nachweisbar durch wiederholte Erkrankungen.

Das Alter bei den Patienten mit Grippedepressionen lag vorwiegend zwischen 30 und 40 Jahren. Nur der Patient K. Z., Fall 5, machte mit seinen 59 Jahren eine Ausnahme. Wir fanden bei mehreren Autoren angegeben, daß auch sie Grippedepressionen besonders in diesem Alter auftreten sahen. Das Alter der Patienten bei der amentiell-deliranten Gruppe schwankt stark zwischen 18 und 44 Jahren.

Gruppe 3. Exogen bedingte Psychosen mit endogenen Symptomen.

Die Gruppe 3 umfaßt die Psychosen mit stark endogener Färbung — sei es schizophrener oder manisch-depressiver — ohne daß man sie zu den endogenen Psychosen rechnen kann. Es sind fast durchweg Psychosen bei Jugendlichen, also in der Altersstufe, wo auch die endogenen Psychosen zum erstenmal aufzutreten pflegen. Wir werden sehen, daß mit dieser zunehmenden endogenen Symptomatik auch die Zahl der hereditär Belasteten zunimmt. Es sind jedoch in den Krankheitsbildern auch so deutlich exogene Züge vorhanden, im Verlauf wie im Ausgang, daß wir sie deshalb nicht nur als „exogen ausgelöst", sondern als „exogen mitbedingt" ansehen müssen. Das bedeutet aber, daß die Kranken nicht als „endogen krank" zu betrachten sind. Wir werden an den

einzelnen Fällen dieser Gruppe immer wieder untersuchen, wie stark die exogene Komponente in der Erkrankung mitspricht und deshalb das Vorliegen einer endogenen Psychose nicht einwandfrei nachgewiesen werden kann.

Fall 15. 15 J. H. B. Männlich.

Aufnahme: 8. 1. 1935.

Diagnose: Symptomatische Psychose schizophrener Färbung bei hypophysärer Fettsucht. Ausgelöst durch Masern?

Konstitution: vorwiegend dysplastisch (eunuchoider Fettwuchs mit Infantilismus) mit vereinzelten pyknischen Einschlägen.

Heredität: Vatersvater mit 62 Jahren einmal kurze Zeit schwermütig gewesen. Muttersschwester in der Jugend einmal eine reaktive Depression durchgemacht, war nachher immer gesund.

Vorgeschichte: Patient habe sich normal entwickelt, mit 7 Jahren Gelenkrheumatismus gehabt. In der Schule hat er gut gelernt. Er galt als ein sehr folgsames Kind, war ruhig, praktisch tüchtig.

Jetzige Erkrankung: Im September 1934 hat Patient Masern gehabt, er war schwer krank dabei. Einen Tag nachdem er die Arbeit wieder aufgenommen hatte, brach er zusammen, hatte Angstzustände, fühlte sich verfolgt, war mißtrauisch, sah Gestalten und kleine Tiere, lebte Vergangenes nochmal durch.

25. 10. 34. wurde er in ein Nervensanatorium gebracht. Er hatte dort religiöse Wahnideen, schrie sehr laut, mußte mit der Sonde gefüttert werden, sah Tiere im Zimmer, betete sehr viel. Antrag auf Unfruchtbarmachung wegen Schizophrenie. Auf Wunsch der Angehörigen wird Patient in die Nervenklinik Marburg zur Beobachtung verlegt.

Patient ist zunächst sehr gesperrt, sitzt mit unruhig-fahrigen Bewegungen im Stuhl, antwortet nicht, blickt scheu umher, ab und zu flüchtiges Lächeln. Wird im Verlauf einer längeren Exploration lockerer, entspannter, lächelt zutraulich und offen, gibt aber nur sehr farblos-unbestimmte Antworten.

20. 1. 35. Der gewonnene Kontakt hat sich nicht halten lassen. Patient ist scheu, zerfahren, wird zunehmend negativistisch und mutistisch. Steht oft in einer Ecke, macht hastige Bewegungen, grimmassiert stark, flüstert schnell vor sich hin.

5. 2. 35. Völlig mutistisch, lacht plötzlich ohne Anlaß, wird gelegentlich aggressiv.

15. 2. 35. Wenig geändert, sehr torpide, affektiv recht nivelliert.

11. 3. 35. Patient ist etwas zugewandter, gibt jetzt bei der Visite die Hand.

26. 4. 35. Wird langsam freier, sonst wenig geändert.

10. 5. 35. In der letzten Zeit zunehmend freier und gesprächiger. Arbeitet jetzt willig mit, gibt gelegentlich Antwort mit einigen dürftigen Sätzen.

27. 5. 35. Ist mit den anderen Patienten in guten Kontakt gekommen, ist frischer und in seiner Motorik natürlich. Noch leichtes Grimmassieren.

4. 6. 35. In Motorik und Mimik jetzt frisch und natürlich, hat überall eifrig und freundlich mitgeholfen. Er erklärt seinen Mutismus jetzt damit, daß er sich über manches so geärgert habe, daß er nicht mehr reden wollte. Ab und zu habe er eine Stimme gehört, die ihn zu den Bewegungen und Grimassen veranlaßt hätte. Andere Halluzinationen und psychotische Erlebnisse habe er nicht gehabt. Spricht ungern über jene Zeit, die er selber als Krankheit empfindet. Gedächtnislücken scheinen nicht zu

bestehen.
Somatisch außer der Dysplasie o. B. Temperaturen gleichmäßig normal.
Therapie: bestand im wesentlichen in einer Bekämpfung der innersekretorischen Störung.
4.6.35. Entlassung.
Die Voraussetzungen einer Sterilisation liegen nach dem jetzigen Befund nicht vor.
Juni 1937: Patient berichtet, er fühle sich bis jetzt, 2 Jahre nach der Entlassung, völlig gesund. Er hat inzwischen die landwirtschaftliche Schule besucht. An seine Krankheit erinnert er sich nicht mehr so genau.

Dies ist ein in verschiedener Hinsicht interessantes Krankheitsbild. Als ätiologische Faktoren kann man eine ganze Skala aufzählen:

1. hereditäre Veranlagung: Vatersvater und Mutterschwester machten beide einen depressiven Zustand durch.
2. dispositionelle Veranlagung auf endokriner Basis: eunuchoider Fettwuchs und Infantilismus.
3. auslösendes Moment: Masernerkrankung.

Es gilt nun zu untersuchen, was als ursächlicher Grund am meisten in Betracht kommt.

Das ganze Bild der Psychose sieht einer Schizophrenie sehr ähnlich, der Kranke ist zerfahren, gesperrt, negativistisch und mutistisch, er grimassiert stark, sieht Gestalten, wird aggressiv. Außer dem typischen Katastrophengefühl der Schizophrenen fehlt nichts an einer klassischen schizophrenen Erkrankung. Aber daneben fällt doch manches auf, was an eine exogene Ätiologie der Psychose denken läßt. Der Patient sah zeitweise in deliranter Weise viele kleine Tiere im Zimmer. Zwischendurch, z. B. bei der ersten Exploration, konnte er durchaus kontaktfähig sein, entspannt, locker und zutraulich. Auf eine endokrin gerichtete Therapie hin wird er in seiner Motorik freier, wird frisch und natürlich, sodaß er nach einiger Zeit nicht mehr auffällig ist. Er spricht später nur ungern über jene Erlebnisse, die er selber als krankhaft empfindet. Auch hinterher verneint er jegliches Katastrophengefühl, er erklärt sein Verhalten damit, daß er sich nur geärgert habe.

Die gute und schnelle Remission spricht sehr für eine exogene Entstehung der Psychose. Besonders auffallend ist es, daß die Besserung nach einer energischen Behandlung der endokrinen Störungen einsetzte. Die Masernerkrankung mit ihrer Affinität zum Zentralnervensystem neben der hypophysären Störung ist unseres Erachtens die hauptsächliche Ursache dieser Psychose gewesen, die als vorwiegend endokrin-toxisch bedingt anzusehen ist, wie die Psychose bei der Patientin P. K., Fall 14. Die Möglichkeit zur Unfruchtbarmachung ist demnach nicht gegeben.

Fall 16. K. V. 19 J. Weiblich.

Aufnahme: 23. 11. 1935.

Diagnose: Katatonie? Exogene Auslösung?

Heredität: angeblich o. B.

Vorgeschichte: Patientin hat in der Schule gut gelernt. Sie ist nie ernstlich krank gewesen. War immer frisch und munter, doch ziemlich zurückgezogen. Seit August 1935 ist sie leicht ängstlich.

Jetzige Erkrankung: Vor 3 Wochen erkrankte die Patientin mit Eiterschnupfen, Stirnkopfschmerzen und Halsentzündung. Vor 8 Tagen wurde sie wieder gesund geschrieben. Am 18. 11. redete sie wirr: der Schuhriemen sei gerissen, das habe was zu bedeuten u. a. m. Seit gestern sei sie unruhiger geworden, weinte viel, sang vor sich hin, viel wirr gesprochen, unmotiviert gelacht. Bei der Aufnahme muß die Patientin ins Untersuchungszimmer geschleift werden. Sie ist persönlich orientiert, gibt prompt Antwort, lacht. „Ich habe einen Traum gehabt, hab darunter gelitten und habe ihn gedeutet." „Tante ist gestorben. Leute in H. vor dem Bahnsteig. Konnte es nicht glauben, weil das ganze Dorf hinter mir her war." Wegen der starken Unruhe ist eine körperliche Untersuchung nicht möglich.

25. 11. 35. Patientin muß gefüttert werden. Sie ist kataleptisch, affektinadaequat, inkohärent, in Stimme und Motorik oft von steifem Pathos, Spricht von einer Stimme am Kreuzweg, die ihr gesagt habe, sie sei in K.

29. 11. 35. Patientin redet unausgesetzt, ihre Haltung ist kataton.

5. 12. 35. Starke Unruhe, sie zerreißt sehr viel, redet fast nicht mehr.

10. 12. 35. Sie ist mehr stuporös. Haltung ist weiterhin kataton. Ihre Ideen sind ohne besonderen Inhalt. In den letzten Tagen treten Temperaturen um 38° auf ohne ersichtlichen Grund. Pulszahl um 120 in der Minute.

11. 12. 35. Verlegung in die Landesheilanstalt.

In der Landesheilanstalt ist sie anfangs läppisch, negativistisch, äußerst unruhig, unzugänglich, hat zeitweise Angstzustände.

Nach 2 Monaten wird sie ruhiger, bleibt noch starr ablehnend. Sie wird später sehr stimmungslabil, weint leicht oder lacht oft fast ausgelassen. Nimmt schnell an Gewicht zu.

Allmählich wird ihre Stimmung ruhiger und gleichmäßiger, sie hilft willig mit, ist sehr verträglich.

April 1936: Patientin ist vollkommen ausgeglichen, es sind keine krankhaften Veränderungen mehr festzustellen; sie ist aufgeweckt, hat guten Humor. Sie erinnert sich nicht an den Aufenthalt in der Nervenklinik, weiß nichts von ihren tobsüchtigen Zuständen. Sie habe zu Hause Stirnhöhlenentzündung gehabt, und als sie wieder zum Bewußtsein gekommen wäre, sei sie in der Landesheilanstalt gewesen.

2. 5. 36. Entlassung.

Anfängliche Diagnose in der Landesheilanstalt: akuter schizophrener Anfall.

Schlußdiagnose: Symptomatische Psychose (ausgelöst durch fieberhafte Erkrankung).

Juni 1937: Patientin berichtet, sie fühle sich seit der Entlassung aus der Landesheilanstalt besser als je, sie sei gesund und leistungsfähig.

Die Patientin bietet zur Zeit des Klinikaufenthaltes ein durchaus schizophrenes Bild mit Katalepsie, steifem, banalem Pathos, mit Inkohärenz, Negativismus und Stupor. Zwischendurch treten

starke Erregungszustände auf. Nach etwa 3 Monaten lockert sich aber diese Spannung, die Stimmung der Patientin wird sehr labil, sie weint leicht und lacht oft ausgelassen. Dann wird sie allmählich ruhig und gleichmäßig, hilft willig und ist sehr verträglich. Insbesondere fällt eine weitgehende Lockerung in der ganzen Psychomotorik auf, die gegen eine schizophrene Erkrankung spricht. Es ist auch nichts von einer Nivellierung der geistig-seelischen Kräfte nachzuweisen, nichts von einer Verkapselung irgendwelcher krankhaften Ideen, nichts von mißtrauischer Sicherung in Blicken und Handlungen der Patientin. Es ist kein postschizophrenes Bild, das die Kranke bietet, sondern sie erscheint nach der Psychose vollkommen frei und gesund. Sie weiß später nichts mehr von der Zeit ihrer schweren Erregungszustände. Diese Amnesie spricht ebenfalls gegen eine echte schizophrene Erkrankung. Eine persönliche Mitteilung der Patientin über ihr jetziges Befinden läßt einen völlig geordneten, ausgeglichenen Menschen erkennen. In ruhiger sachlicher Weise schreibt sie, daß sie sich jetzt sehr wohl fühle, und daß sie der Klinik dankbar sei für die erfolgreiche Behandlung.

Die Patientin ist angeblich hereditär nicht belastet. Auch die eigene psychische Konstitution ist nicht ausgesprochen schizoid, sie lebte wohl ziemlich zurückgezogen, wird aber als frisch und munter geschildert.

Nach allen diesen Erwägungen muß man die Ursache dieser Gemütsstörung wohl zum größten Teil in dem voraufgegangenen Infekt sehen im Sinne einer toxischen Schädigung, obgleich symptomatisch eine weitgehende Ähnlichkeit mit einer Schizophrenie bestand.

Ein Antrag auf Unfruchtbarmachung wurde auf Grund der Schlußdiagnose „symptomatische Psychose“ nicht gestellt.

Fall 17. A. G. 24 J. Weiblich.

Aufnahme: 9. 5. 1935.

Diagnose: Depressionszustand nach Grippe (endogene Komponente?).

Heredität: o. B.

Vorgeschichte: Patientin war früher unauffällig, immer heiter und lustig. Nie ernstlich krank gewesen. Sie hat sehr gut gelernt.

Jetzige Erkrankung: Im Dezember 1934 hatte Patientin Grippe. Januar 1935 erlitt sie einen Rückfall. Seit der Zeit bestanden Appetitlosigkeit und Mattigkeit. Mitte März, 14 Tage nach Austritt eines Dienstes beim Bauern, erlitt sie einen Nervenzusammenbruch. Sie hatte starke Angstgefühle, alles war ihr unheimlich, sie mußte viel weinen. Der Schlaf war schlecht. Es traten Erregungsanfälle mit wiederholten Suizidversuchen auf. Besonders morgens war sie ängstlich und depressiv gestimmt.

Bei der Aufnahme ist die Patientin in Mimik und Ausdrucksbewegungen natürlich, sie erzählt lebhaft und unauffällig. Auf der Station wechselt die Affektlage stark, doch ist sie vorwiegend depressiv. Zeitweise be-

steht eine leichte euphorisch wirkende Benommenheit. Manchmal klagt sie, sie würde nicht wieder gesund, würde unter das Sterilisationsgesetz fallen, sagt dann wieder plötzlich: „Ach ich bin ja so glücklich, daß ich wieder gesund werde. Sie sind mir so ein Trost, ich mag Sie so gern, so gern, Herr Doktor."
29. 5. 35. Patientin ist ängstlich depressiv, hat aber wie immer Abstand zu ihrer Verstimmung. „Ist das nur eine Krankheit? Ich hab ja so Angst, so Angst, ich könnte den anderen etwas antun, da will ich mir lieber selbst ans Leben gehen." Sie ist schwer suicidal, versuchte, sich von der Treppe zu stürzen.
3. 6. 35. Sie ist etwas ruhiger, meint, sie sei ganz gesund. Sie wird nach Hause geholt, worüber sie überschwenglich erfreut ist, sie klatscht in die Hände und ruft pathetisch: „Himmel, ich danke dir."
3. 6. 35. Entlassung gegen großen Revers.
Wegen Verdacht auf manisch-depressives Irresein wurde dem Amtsarzt Meldung erstattet.
Juni 1937: Patientin stellt sich auf unsere Anfrage nach ihrem Befinden persönlich vor: sie sei nach der Entlassung aus der Klinik noch etwas unruhig gewesen, deshalb habe ihr Vater sie noch nach der Landelheilanstalt gebracht. Es sei dort schon bald alles gut gewesen, nur habe sie sehr unter Heimweh gelitten. Im September 1935, kurz vor der Entlassung, sei sie dann sterilisiert worden.
Weiter berichtet die Patientin, es komme ihr jetzt vor, als sei alles nur ein Traum gewesen, sie könne sich garnicht mehr so recht darauf besinnen. Sie fühle sich seither völlig gesund, besser als je, sie sei auch nicht wieder krank gewesen. Sie sei verlobt, und hoffe, heiraten zu können.
Die Patientin ist in leicht gedrückter Stimmung, ihrer augenblicklichen Situation durchaus entsprechend. Sie ist aber ruhig, geordnet und natürlich, und macht den Eindruck eines vollkommen gesunden Menschen.

Die Psychose dieser Patientin A. G. entstand auf dem Boden eines zyklothymen, mehr schwerblütigen Temperamentes und trägt, der Lehre von K r e t s c h m e r entsprechend, deutliche Züge des manisch-depressiven Irreseins: depressive Stimmung, Ängstlichkeit, Erregungsanfälle, starke suicidale Neigung wechselnd mit überschwenglicher Lebhaftigkeit in Ausdruck und Motorik. Es fehlt das für das zirkuläre Irresein klassische Zeichen der Versündigungsideen. Man vermißt sozusagen die gedankliche und rechtfertigende Grundlage für die schwere Verstimmung der Patientin. Sie hat selbst das Gefühl, krank zu sein, so seltsam ihr diese Krankheit auch erscheint: „Ist das nur eine Krankheit?", fragt sie. Sie fürchtet, nicht wieder gesund zu werden und unter das Sterilisationsgesetz zu fallen. Sie hat Abstand zu ihrer Erkrankung und steht ihren Ideen kritisch gegenüber. Das könnte für eine exogene Depression sprechen, ebenso der sehr rasche Stimmungswechsel und die zeitweise auftretende euphorische Benommenheit.

Die psychische Störung der Patientin tritt nicht sofort nach der Grippeerkrankung auf, sondern erst nachdem sie kurz danach eine Dienststelle bei einem Bauern angetreten hatte, wo erhebliche

körperliche Anforderungen an sie gestellt werden. Die Überarbeitung des noch nicht ganz wiederhergestellten Mädchens schwächt von neuem ihre Widerstandskraft. Allmählich tritt nun die Psychose zutage; sie wird erregt, kann nicht mehr arbeiten, alles ist ihr unheimlich. Sie macht in ihren Erregungszuständen mehrere Suizidversuche.

Wieder ist es nicht allein die toxische Schädigung durch den Infekt, die eine Psychose verursacht, sondern es tritt bei einer endogenen Disposition die Überlastung des noch nicht ganz gesundeten Körpers hinzu.

Die Patientin wird, nur gebessert, aus der Klinik nach Hause geholt, kurz darauf aber vom Vater in die Landesheilanstalt gebracht. Sie selbst gibt später an, sie habe sich dort schon bald ganz gesund gefühlt, nur habe sie sehr unter Heimweh gelitten und deshalb viel geweint.

Nach einem etwa vierteljährlichen Aufenthalt in der Landesheilanstalt sei, wie die Patientin selbst angibt, die Sterilisation vorgenommen worden.

Fall 18. W. H. 23. J. Männlich.

Aufnahme: 6. 12 1933.

Diagnose: Atypische depressive Verstimmung.

Heredität: Vater Trinker, explosiver Psychopath.

Vorgeschichte: Patient ist nie ernstlich krank gewesen. In der Schule hat er gut gelernt. Er war immer viel allein, hat nur wenig gesprochen. Er war sehr fleißig, hat in den letzten Jahren sehr viel körperlich gearbeitet, davon war er körperlich etwas herunter.

Jetzige Erkrankung: Anfang November 1933 erkrankte der Patient mit hohem Fieber bis zu 40°, Kopfschmerzen, Brustschmerzen, Erbrechen und Durchfall. Am 12. 11., er war noch nicht ganz wiederhergestellt, hatte er eine starke Aufregung politischer Art. Er fing am selben Tag zu phantasieren an und machte einen Suizidversuch. Er wurde ins Krankenhaus gebracht und wegen zunehmender Erregung in die Nervenklinik Marburg verlegt.

Bei der Aufnahme hat der Patient ein cyanotisch-pastöses Gesicht, vermehrte Salivation, die Unterlippen mit blutigem Schorf bedeckt. Affektiv ist er ängstlich, negativistisch, stuporös. Er murmelt: „Ich muß sterben, macht es doch gleich, es ist alles aus, schlagt mich tot, schlagt mich doch tot."

Somatischer und neurologischer Befund o. B.

28. 12. 33. Patient wird etwas lebhafter, hat aber noch dieselben Ideen, er müsse sterben, seine Eltern seien bereits tot, alle um ihn herum seien schon Leichen.

20. 1. 34. Zunehmend lebhafter, manchmal echter Affekt. Die Angstvorstellungen klingen noch stark durch. Er wirkt mehr depressiv, wenig schizophren. Das früher angedeutete Salbengesicht ist verschwunden.

4. 2. 34. Sehr wechselndes Bild: bald morose Verstimmung, bald gespannt depressive Affektausbrüche mit vielen Reden über Suicidabsichten, bald fast läppische Heiterkeit. Er wird vom Vater nach Hause geholt.

4. 2. 34. Entlassung gegen großen Revers.

Liquorbefund o. B.

Vom zuständigen Amtsarzt wurde Meldung erstattet wegen „zirkulären Irreseins". Die Sterilisation wurde jedoch abgelehnt auf Grund des postinfektiösen Krankheitsausbruches und der Diagnose der Nervenklinik Marburg „atypische Verstimmung".

Juni 1937: Patient berichtet, er fühle sich völlig gesund und arbeitsfähig.

Wie wir in dieser Arbeit jetzt schon so häufig gefunden, ist es oft nicht der Infekt allein, der eine Psychose verursachte. Es muß erst ein zweites Moment hinzutreten, was die seelische Störung zum Ausbruch kommen läßt. Dieses andere kann sein, wie im letzten Fall, eine psychische Erregung, es kann eine toxische Schädigung sein wie der Alkoholabusus bei Fall 10, eine körperliche Überlastung wie bei Fall 17 oder irgendeine andere Schwächung psychischer und körperlicher Art. Die Widerstandskraft, die der einen Schädigung noch gewachsen war, bricht bei dem zweiten oder dritten Anprall doch zusammen. Nur die Latenzschwelle ist bei den Menschen verschieden weit.

Dieser Patient W. H. ist hereditär mit Psychopathie belastet: der Vater war Trinker und Psychopath. Durch dieses Erbgut ist er wohl in stärkerem Maße zu psychischen Störungen disponiert. Er selbst war vor der Erkrankung unauffällig, aber etwas autistisch. Er arbeitete übermäßig und war davon körperlich ermattet. Nun wird er von einer heftigen Grippe mit hohem Fieber erfaßt. Bevor er sich davon erholt hat, kommt eine starke Aufregung hinzu, er fühlt sich aus politischen Gründen schwer bedroht. Nun bricht sofort die Psychose aus. Er kommt in einen ängstlich-verwirrten Zustand, er ruft: „Ich muß sterben, macht es doch gleich, schlagt mich doch tot." Er macht sogar selbst einen Suizidversuch. In der Klinik ist er ängstlich-negativistisch, völlig verstört. Er wirkt körperlich krank mit angedeuteten parkinsonistischen Symptomen, doch die Untersuchungen ergeben keinerlei neurologische Besonderheiten. Seine Stimmung ist schwankend, bald moros, bald wechseln gespannt depressive Affektausbrüche mit läppischer Heiterkeit. Es wird betont, daß er wenig schizophren wirke. Ebensowenig kann man aber diese Psychose zu dem manisch-depressiven Irresein rechnen, der Negativismus, die läppische Heiterkeit, die verwirrten Wahnvorstellungen sprechen dagegen. Auch der allgemeine Eindruck, den man aus der Krankengeschichte erhält, läßt nicht an eine endogene Depression denken. Wir müssen deshalb bei der Diagnose „atypische depressive Verstimmung" bleiben und stimmen mit der Entscheidung des Erbgesundheitsgerichtes überein, das den Antrag auf Unfruchtbarmachung wegen manisch-depressiven Irreseins ablehnte.

Der Patient ist wieder gesund und voll leistungsfähig geworden und bis jetzt, Juni 1937, nicht mehr auffällig gewesen.

Ganz anders als bei dem eben berichteten Fall ist die Erkrankung bei der folgenden Patientin verlaufen, die ebenfalls wegen Verdachtes auf manisch-depressives Irresein gemeldet worden war.

Fall 19. L. K. 26 J. Weiblich.

Aufnahme: 20. 7. 1935.

Diagnose: Agitierte Depression nach Angina.

Konstitution: leptosom-kräftig.

Heredität: o. B.

Vorgeschichte: Die Patientin hat in der Schule gut gelernt. Nach Angabe von Mitschülerinnen sei sie immer etwas auffällig gewesen, läppisch und leicht aufgeregt. Ein Wochenbett vor 2 Jahren und eine Blinddarmoperation sind ohne Besonderheiten verlaufen.

Jetzige Erkrankung: Vor 3 Wochen hatte die Patientin einen Tonsillarabszeß, der eröffnet werden mußte. Nach Wiederherstellung war sie einen Tag ganz besonders heiter und leicht erregt. Den folgenden Tag war sie einsilbig, still. Sie äußerte plötzlich, man wolle sie vergiften, sie würde zu Hause nicht mehr geduldet. Sie lief im Dorf herum, erzählte das allen Leuten, schrie und gestikulierte heftig. Am letzten Abend sprang sie plötzlich ohne jede Äußerung aus dem Fenster. Nachher sagte sie: „was habe ich nur gemacht".
Bei der Aufnahme ist die Patientin ruhig und orientiert. Schwellungen an beiden Knöcheln, am 1. Lendenwirbel eine kleine Absprengung. Sonst o. B.
31. 7. 35. Patientin ist auf der Station etwas überlaut und lebhaft, redet viel von ihren Krankheitserlebnissen. Sie macht einen leicht desorientierten Eindruck. Schläft unruhig. Sie ist auf den ruhigen Saal verlegt worden.
16. 8. 35. Patientin wurde auf den Wachsaal rückverlegt, da sie unruhig war, viel weinte und Selbstmordideen äußerte. Die Auffassung ist nicht ganz klar, Aufmerksamkeit und Konzentration häufig schlecht. Sie redet manchmal unzusammenhängend und sinnlos, und hat zeitweise einen suchenden, ratlosen Blick.
2. 9. 35. Wurde auf die ruhige Abteilung rückverlegt. Sie scheint noch leicht geistesabwesend und muß zu einer Sache mehrmals aufgefordert werden.
11. 9. 35. Patientin erzählt: „Ich glaube, daß das, was ich sage, oft nicht richtig ist. Hinterher weiß ich, daß das nicht richtig war. Ich kann auch garnicht arbeiten wie früher, bin so schlapp, kann nichts anfangen, bin so unentschlossen. Wenn ich mir etwas vorgenommen habe, ist es plötzlich wie weg, als ob ich eine Zeitlang gedöst oder geschlafen hätte." Sie wirkt ängstlich-unsicher, spielt unruhig mit den Fingern. Fast ständig hat sie subfebrile Temperaturen.
12. 9. 35. Gegen Revers entlassen.

Wiederaufnahme: 7. 7. 1936.
Die Patientin wird vom Erbgesundheitsgericht zur Beobachtung wegen Verdachtes auf manisch-depressives Irresein eingewiesen.
Nach der Entlassung aus der Klinik sei es mit der Patientin erst ganz schlimm gewesen, es gab Tage, wo sie dauernd lachte, dann wieder wollte sie sich das Leben nehmen. Man konnte sie nie ohne Aufsicht lassen. Sie kümmerte sich kaum um das Kind und den Haushalt, vernachlässigte sich, lachte nur dauernd vor sich hin, gab keine Antwort, oder sie sagte: „man kann auch mal lachen". In letzter Zeit ist sie etwas

ruhiger, nur die Hitze machte sie sehr unruhig.
Auf der Station macht die Patientin einen recht matten Eindruck, sie schaut träumerisch um sich, gibt zögernd Auskunft, ist etwas unsicher, mißtrauisch, gehemmt und affektlahm. Sie wirkt dement. Ihre Angaben sind farblos, ungenau: „Es ging soweit ganz gut." Sie weiß noch von ihrer Krankheit, spricht aber nur ungern davon: „Es ist eben Gottes Schickung, da kann man sich nicht auflehnen."
Neurologischer und somatischer Befund o. B.
Liquorbefund: o. B.
Der Zustand wurde im Gutachten für das Erbgesundheitsgericht als Resterscheinung nach einer Infektionspsychose bezeichnet.
Mai 1937: Patientin wurde wegen dauernder unsinniger Handlungen in die Landesheilanstalt gebracht.

Dies ist der einzige von den in dieser Arbeit beschriebenen Fällen, der mit einem schweren geistigen Defekt als Dauerschädigung endet. Schon diese Dauerschädigung allein widerspricht dem Verdacht, daß es sich bei der Kranken um ein zirkuläres Irresein handelt. Das etwas läppische und leicht erregbare Wesen, das das Mädchen in gesunden Tagen auffällig machte, kommt während der Psychose in verstärktem Maße durch und konnte vielleicht den Verdacht erwecken, daß es sich um eine zirkuläre Psychose handele. Der Verlauf und besonders der Ausgang der Erkrankung läßt eher eine Schizophrenie vermuten: der deutliche Defekt des Intellekts und der Affektivität, das Mißtrauische, Gehemmte in dem Verhalten, das grundlose läppische Lachen, das Vernachlässigen des Haushaltes und ihrer selbst, das alles könnten Symptome einer schizophrenen Erkrankung sein.

Neben den schizophrenen Mechanismen ist aber deutlich ein exogener, amentieller Einschlag zu erkennen: die Kranke ist zeitweise leicht desorientiert, sie hat manchmal einen suchenden, ratlosen Blick, sie ist geistesabwesend, unentschlossen. Sie sagt von sich selbst „ich bin so unentschlossen, wenn ich mir etwas vorgenommen habe, ist es plötzlich wie weg, als ob ich eine zeitlang gedöst oder geschlafen habe". Sie ist zu Zeiten von ratloser Ängstlichkeit und deliranter Unruhe erfüllt.

Fast ständig sind bei der Patientin während des akuten Stadiums subfebrile Temperaturen nachzuweisen, ohne daß ein sichtbarer Anhaltspunkt dafür besteht. Leider wurde während der ersten klinischen Beobachtung keine Liquoruntersuchung vorgenommen. Man geht vielleicht aber nicht fehl, wenn man bei diesen leichten Temperaturerhöhungen auf einen entzündlichen Prozeß im Gehirn schließt. Hiermit würde auch der Ausgang der Psychose in einen Zustand schweren dauernden Defektes der seelischen und geistigen Fähigkeiten der Patientin übereinstimmen. Die Nivellierung der geistigen Struktur der Kranken erinnert stark an einen postschizophrenen Zustand: die Patientin ist mißtrauisch, gehemmt, affekt-

lahm, in ihren Angaben farblos und ungenau, sie ist teilnahmslos, vernachlässigt sich und ihr Kind und muß schließlich wegen dauernder unsinniger Handlungen der Landesheilanstalt zugewiesen werden.

Von Skliar wird ebenfalls über einige Fälle postinfektiöser Psychosen berichtet, die mit Demenz endeten. Leider gibt er die vorausgegangene Infektionskrankheit nicht an. Auch Stransky hält einen amentiellen Verblödungsprozeß für möglich. Dagegen fordert Ewald für die Amentia, daß „die toxämische Genese nachgewiesen ist, und eine Wiederherstellung erfolgt". Auch Kleist lehnt eine Dauerschädigung nach Influenzapsychosen ab.

Nach allem vorher Gesagten nehmen wir jedoch an, daß es sich in diesem Fall tatsächlich um eine Resterscheinung nach einer Postinfektionspsychose handelt. Es ist dies jedoch der einzige dahingehende Fall unserer Beobachtung.

Bei dem folgenden Fall ist besonders die Ähnlichkeit der Psychose mit zirkulärem Irresein hervorzuheben.

Fall 20. F. A. 42 J. Männlich.

Aufnahme 27. 2. 1933.

Diagnose: Exogene Psychose.

Heredität: Eine Schwester war zweimal wegen manisch-depressiven Irreseins in der Landesheilanstalt, das erstemal im Anschluß an eine fieberhafte Erkrankung. Familie sonst o. B.

Vorgeschichte: Der Patient ist nie ernstlich krank gewesen. In der Schule habe er gut gelernt. Er war früher lustig, doch ruhig und unauffällig: eine vergnügte Natur. Nach dem Krieg war er nervös und zeitweise gereizt.

Jetzige Erkrankung: Im Heimatdorfe des Patienten herrschte zur Zeit stark die Grippe und es seien in der Gegend schon zwei oder drei psychische Störungen vorgekommen. Vor 8 Tagen erkrankte der Patient mit Kopfschmerzen, Erbrechen und Fieber. Nach Abklingen der körperlichen Erscheinungen wurde er aufgeregt, verwirrt, er geriet schließlich in tobsuchtsartige Erregungszustände. Daneben trat eine schwere Kreislaufstörung ein.

Bei der Aufnahme ist der Kranke fast moribund, Atmung und Kreislauf liegen schwer darnieder. Er ist stark abgemagert. Nach 2 Tagen wird er zunehmend erregter, spricht unaufhörlich laut vor sich hin, neigt zu Stereotypien. Er ist zeitlich und örtlich nicht orientiert. Es treten Temperaturen bis zu 39° auf, die Blutsenkung ist stark beschleunigt. Die Ätiologie des Fiebers ist nicht zu klären.

4. 3. 33. Die Temperatur ist wieder normal, doch psychisch ist keine wesentliche Änderung eingetreten. Sondenfütterung.

18. 3. 33. Der Patient ist wesentlich ruhiger, zugänglich. Es fällt eine Neigung zum Karrikieren auf und eine stärkere motorische Unruhe, außerdem Neigung zu Ideenflucht und starke Ablenkbarkeit. Er macht im Saal Parademärsche und redet lebhaft und laut. Den Arzt empfängt er z. B.: „Dr. Hille heißt der Mann und der kommt aus Hildesheim und das ist eine schöne Stadt, ich weiß nur nicht, wo sie liegt."

21. 3. 33. Patient wird ruhiger, ist aber noch immer ungehemmt und lebhaft, übertrieben dienstbereit und eifrig.
12. 4. 33. Patient hat deutlich das Bewußtsein, krank gewesen zu sein. Er erinnert sich nur ungenau an die Zeit der stärksten Unruhe. Es besteht noch eine Neigung zu Ideenflucht und erhöhter Ablenkbarkeit, Rededrang und Affektlabilität.
Temperaturen waren außer in den ersten Tagen nicht mehr wesentlich erhöht, doch etwas labil.
Liquorbefund: Zuckerwert 95 mg%, sonst o. B.
Blutbefund: Leukozyten 15 600, Blutzucker 120mg%.
13. 4. 33. Gebessert nach Hause entlassen.

Der Patient F. A. ist ohne Zweifel hereditär stark belastet. Von einer Schwester ist bekannt, daß sie zweimal wegen zirkulären Irreseins in der Landesheilanstalt war, davon auffälligerweise das erstemal nach einer fieberhaften Erkrankung.

Ob hier neben der endogenen Belastung eine familiäre Veranlagung zu exogenen Psychosen besteht oder ob der Infekt bei der Schwester unseres Kranken lediglich eine auslösende Bedeutung für die zirkuläre Gemütsschwankung hatte, läßt sich nicht ohne weiteres feststellen.

Bei unserem Patienten zeigt die Psychose im Beginn eine durchaus exogene Symptomatik: Verwirrungs- und schwere Erregungszustände, Benommenheit, Desorientiertheit, daneben schwere Kreislaufstörungen. Nach Abklingen der akuten Erscheinungen kommt dann immer deutlicher eine mehr manische Erregung durch mit starkem Rededrang, Ablenkbarkeit, ungehemmter Psychomotorik und ausgesprochenen ideenflüchtigen Reihen.

Die typische manische Erregung wie bei diesem Kranken ist erklärlich durch die familiäre Belastung mit zirkulären Psychosen. Es ergab sich bei unseren Untersuchungen immer, daß bei stärkerer Angleichung der exogenen Psychosen an die endogene Symptomatik zugleich die Prozentzahl der endogen Belasteten wuchs. Das besagt aber nicht, daß diese Patienten selbst immer endogen Kranke sind, sondern die Eigenart zykloider oder schizoider Veranlagungen kommt jetzt durch die exogene Schächung des Gehirn ungehemmter zum Vorschein. Dies nehmen wir auch bei dem eben besprochenen Patienten F. A. an und halten die psychische Störung für weitgehend exogen bedingt.

Das Krankheitsbild bei der nächsten Patientin H. H. leitet schon über zu der folgenden Gruppe der weitgehend endogenen Psychosen.

Fall 21. H. H. 50 J. Weiblich.

Aufnahme: 13. 12. 1926.

Diagnose: Katatones Zustandsbild, Otitis media, Albuminurie.

Heredität: Eine Schwester war in der Landesheilanstalt, weiteres unbekannt.

Vorgeschichte: Patientin sei immer froh und vergnügt gewesen, war gern in Gesellschaft, hat viel gesungen, ging früher gern zum Tanz. Vor Jahren einmal hatte sie Wochenbettfieber und war dabei geistig gestört. Sie habe wirr gesprochen, geschrieen und alles zerschlagen. Die Dauer ist unbekannt.

Jetzige Erkrankung: Vor 4 Wochen hat die Patientin Ohrenfieber gehabt. Seit 5 Tagen sei eine Veränderung an der Patientin aufgefallen: sie sei ruhiger und trauriger geworden, habe kaum mehr gesprochen und gegessen. Letzte Nacht war sie plötzlich aufgestanden und in der Wohnung herumgelaufen, ohne Antwort zu geben. Die Angehörigen vermuteten Suizidgedanken. Sie habe die Idee, geschlechtskrank zu sein: „Ich bin nicht krank, ich bin unheilbar, ich bin ansteckend."
Bei der Aufnahme ist eine körperliche Untersuchung wegen der starken Unruhe nicht möglich.
17. 12. 26. Druckempfindlichkeit am Proz. mastoideus, abklingende Otitis media. Heute Temperatur 38°.

Liquorbefund: völlig o. B.
Die Patientin ist stark negativistisch, stuporös.
21. 12. 26. Meist zeigt die Patientin ein kataton-stuporöses Verhalten, zwischendurch plötzlich erregtes Schreien: „Wir sind ja alle vergiftet, wir müssen sterben." Sie muß gefüttert werden. Der Mund ist ständig offen, deshalb völlig ausgetrocknet. Andeutung von Cheyne-Stokes'schem Atemtypus.
22. 12. 26. Patientin ist unverändert negativistisch. Heute Oppenheim und Gordon deutlich auslösbar. Deviation der Augen nach rechts und zeitweise auch nach links. Im Urin sind Eiweiß und granulierte Zylinder nachzuweisen.
22. 12. 26. Verlegung in die Landesheilanstalt. In der Landesheilanstalt zeigt die Patientin anfangs ein katatones, negativistisch widerstrebendes Verhalten. Sie ist meist in benommenem Zustand, doch nicht urämisch. Urinverhaltung. Nach einem Monat zeigt sich allgemeine Besserung, sie ist frischer, lebendiger. Es ist noch Sondenfütterung nötig. Urinbefund: o. B.
Nach einiger Zeit tritt plötzlich ein erneuter starker Erregungszustand auf, der mehrere Tage anhält. Danach wird Patientin ruhig, äußerst teilnahmslos, affektstumpf. Sie hat wenig Konnex mit den anderen Kranken.
26. 2. 27. Verlegung in die zuständige Landesheilanstalt, als gebessert entlassen.

Diagnose: der Landesheilanstalt: Katatonie (Symptomatische Psychose?).
In der zweiten Landesheilanstalt war sie zuerst noch stark gehemmt, wurde aber allmählich lebhafter. Sie sei zeitlich nicht genau orientiert gewesen.
27. 6. 27. Gebessert entlassen.

Schlußdiagnose der dortigen Landesheilanstalt: Depression.
Auf unsere schriftliche Anfrage nach dem jetzigen Befinden der Patientin ist keine Antwort erfolgt, sodaß wir von dem endgültigen Ausgang der Psychose nichts erfahren. Nach halbjähriger Anstaltsbehandlung wurde sie schließlich als gebessert entlassen.

Die Patientin ist wahrscheinlich hereditär belastet, doch erfahren wir nur, daß eine Schwester einmal in der Landesheilanstalt war. Die Kranke selbst hat schon einmal eine Wochenbettpsychose durchgemacht mit Verwirrungs- und schweren Erregungszuständen. Ihrer Wesensart nach wird sie von den Angehörigen als mehr zyklothym geschildert.

Nach einer Otitis media bricht jetzt eine Psychose aus, die als katatones Zustandsbild bezeichnet wurde: Die Patientin ist stark erregt, stuporös, negativistisch, verweigert die Nahrung. Im akuten Stadium wird sie in die Landesheilanstalt verlegt. Anfänglich ist auch dort ihr Verhalten kataton. Nach einer leichten Besserung tritt noch einmal ein starker Erregungszustand ein. Danach ist die Patientin völlig teilnahmslos, affektlahm, ohne Kontakt mit anderen Kranken. Man könnte wohl annehmen, daß es sich bei diesem katatonen Erscheinungsbild um eine echte Schizophrenie handelt, doch man findet zwischendurch Symptome wie bei einer exogenen Psychose: es heißt z. B., die Patientin sei meist in benommenem Zustand. In der ersten Landesheilanstalt wurde bei der Diagnose neben der Katatonie auch an eine symptomatische Psychose gedacht. Außerdem ist auffallend, daß die zweite Landesheilanstalt plötzlich die Diagnose „Depression" stellt. Das bedeutet zumindest, daß die Patientin bei der Entlassung nicht postschizophren gewirkt haben kann, sondern eher den Eindruck einer manisch-depressiven Kranken machte. Nimmt man zu diesem noch hinzu, daß die Patientin schon einmal eine symptomatische Psychose im Wochenbett durchmachte, so darf man fast annehmen, daß es sich auch diesmal um eine exogene Gemütsstörung handelte.

Bei 4 von den 7 Fällen dieser Gruppe 3 war Unfruchtbarmachung beantragt worden. Diese wurde nur bei einer Patientin, Fall 17, durchgeführt. Bei den drei anderen Patienten konnte auf Grund der Beobachtungen, die in der Nervenklinik Marburg gemacht wurden, von der Unfruchtbarmachung abgesehen werden. Man sieht an den Fällen dieser und der folgenden Gruppe, wie wenig man ausschließlich aus der Symptomatik einer Psychose auf die Exogenität oder Endogenität derselben schließen kann. Um diese Entscheidung zu fällen, muß man ebensosehr auf die Entstehung und den Ausgang der Psychose wie auf die Symptomatik achten. Eines aber, was leider bei dieser Arbeit nicht durchführbar war, ist noch wichtig, das ist der persönliche unmittelbare Eindruck von dem Kranken, die „Erfassung aus der Beziehung", wie K. Schneider es nannte, im Gegensatz zu der Erfassung aus Verlauf oder Symptomatik.

Gruppe 4. Wahrscheinlich endogene Psychose exogen ausgelöst.

Wenn wir in der Gruppe 3 noch Psychosen antrafen, die in der Symptomatik an den zirkulären Formkreis anklangen, so sehen wir in den folgenden Gruppen 4 und 5 ausschließlich schizophrene Zustandsbilder, d. h. wir haben bei den postinfektiös aufgetretenen Psychosen nicht einen Fall gefunden, der dem manisch-depressiven Irresein zweifelsfrei zuzurechnen wäre. In der Gruppe 4 treten die exogenen Faktoren im Verlauf und in der Symptomatik der Psychosen so stark in den Hintergrund, daß man eine endogene Ätiologie der Psychosen annehmen muß. Bei den Fällen der Gruppe 5 sind exogene Faktoren überhaupt nicht mehr nachzuweisen.

Fall 22. A. W. 24 J. Weiblich.

Aufnahme: 1. 10. 1930.

Diagnose: Katatonie.

Heredität: Mutter habe an depressiven Zuständen gelitten, war dabei erregt, wollte ins Wasser gehen. Vater sei starker Hypochonder.

Vorgeschichte: Patientin war immer still, empfindlich, feinfühlend, verschlossen, später etwas mißtrauisch; sehr religiös. Sie hat zwei Geburten ohne Komplikationen durchgemacht.

Jetzige Erkrankung: Im Juni 1930 erkrankte die Patientin an Stirnhöhlenkatarrh mit starken Allgemeinerscheinungen und Temperaturen bis zu 40°. Das dauerte etwa 10 Tage. Anschließend trat ein krampfartiger Anfall auf, sie verdrehte die Augen, war blaß, stöhnte, machte krampfartige Bewegungen, war nicht bewußtlos, aber benommen. Dauer etwa 3 Stunden. Danach war sie verwirrt. In den nächsten Tagen wurde sie zunehmend erregt, sie zerstörte ihr Bett, zerriß die Matratze, redete fortwährend, sang laut, schlief und aß nicht, war unreinlich. Sie wurde in ein Nervensanatorium gebracht. Die dortige Diagnose lautete: schizophrene Psychose. Nach etwa 3 Monaten wurde sie in die hiesige Klinik verlegt.
Bei der Aufnahme ist die Patientin in starker psychomotorischer Erregung. Sie redet fortwährend in inkohärenter Weise, ist stark negativistisch.
10. 10. 30. Patientin ist äußerst unruhig und laut.
4. 11. 30. Patientin ist wesentlich ruhiger, doch besteht noch ein stark zerfahrener Rededrang. Sie macht schon zuweilen Handarbeiten. Bisher hat sie 21 Pfund zugenommen.
30. 12. 30. Die Patientin ist gelegentlich immer noch laut und aggressiv. Im Affekt ist sie etwas läppisch heiter, zuweilen unvermittelt deprimiert. Sie ist noch sehr unreinlich.
7. 1. 31. Patientin wurde versuchsweise gegen Revers von ihrem Mann abgeholt, aber am selben Tag noch zurückgebracht, da sie zu Hause sofort erregt wurde.
20. 1. 31. Seit der Wiederaufnahme ist sie häufig sehr erregt und aggressiv.
10. 2. 31. Zunehmende Beruhigung, sie fängt an zu arbeiten, man hat guten Rapport mit ihr.
14. 2. 31. Die katatone Erregung wird wieder stärker, sie redet fortgesetzt in stereotyp-rhythmischer Weise.
16. 2. 31. Verlegung in die Landesheilanstalt.

In der Landesheilanstalt ist die Patientin sehr unruhig, erregt, zerstörungssüchtig, aggressiv und zerfahren. Zwischen starken katatonen Erregungszuständen ist ihr Verhalten teilnahmslos, schläfrig, sie läßt sich aber im Gespräch fixieren. Sie erinnert sich nicht an ihre Krankheit, glaubt, sie habe die ganze Zeit geschlafen.
Ihr Verhalten wechselt zwischen erregten und stuporösen Zuständen. Nach 1½ Jahren tritt allmählich Beruhigung ein. Sie bleibt noch leicht gereizt, spöttisch, nörglerisch. Spricht sich nicht über ihre Krankheit aus.
9. 8. 32. wird sie gebessert nach Hause abgeholt.
Diagnose der Landesheilanstalt: Schizophrenie.
17. 6. 35. Bericht des Ehegatten über seine Frau: Es gehe der Frau ausgezeichnet, sie habe Aufregungen, Schwangerschaft und Geburt ohne Besonderheiten überstanden. Es seien bis zu den Urgroßeltern auch keinerlei Geisteskrankheiten nachweisbar.

Die Psychose birgt neben der fast typischen Schilderung einer schizophrenen Gemütsstörung doch verschiedene Züge, die an eine exogene Ätiologie denken lassen. Die Psychose bricht aus im Anschluß an eine schwere Infektion, beginnend mit einem etwa dreistündigen krampfartigen Anfall. Die Patientin verdreht dabei die Augen, stöhnt, ist blaß und halb benommen. Nachher macht sie einen verwirrten Eindruck. In der folgenden Zeit ist ihr Verhalten ganz wie bei einer schizophren Erkrankten, aber es wird nichts berichtet über etwaige Halluzinationen oder über ein für die Schizophrenie typisches Katastrophengefühl. Zusammenhängende krankhafte Gedankengänge bringt sie anscheinend nicht vor. Nachdem eine leichte Beruhigung bei der Patientin eingetreten ist, wird in dem Krankenblatt der Landesheilanstalt einmal angegeben, daß die Kranke zeitweise teilnahmlos schläfrig sei, und sich nicht an ihre Erregungszustände erinnere, sie glaube dann, sie habe die ganze Zeit geschlafen.

Man könnte die eben beschriebenen Erscheinungen wohl im Sinne einer exogenen Gemütserkrankung deuten. Die Angabe des Ehemannes, daß es der Patientin jetzt 3 Jahre nach der Erkrankung ausgezeichnet ergangen sei, daß sie Schwangerschaft und Geburt gut überstanden habe, beweist aber trotzdem nicht die exogene Ätiologie. Eine klinische Beobachtung wäre zumindest noch notwendig.

Die klinische Diagnose lautete bei der Patientin jedesmal auf Schizophrenie. Dafür sprachen die verschiedensten Gründe:

1. Die hereditäre Veranlagung: die Mutter litt an erregten Depressionen, verbunden mit suizidalen Neigungen. Der Vater war Hypochonder.
2. Die Patientin selbst wird als verschlossen geschildert, empfindlich, mißtrauisch, sehr religiös, also als ausgesprochen schizoides Temperament.

3. Die Psychose bricht aus in relativ frühem Alter, die Patientin ist 24 Jahre alt.
4. Die Erkrankung verläuft fast ausschließlich wie eine Schizophrenie mit Negativismus, Zerstörungssucht, Agressivität, Unreinlichkeit und zeitweiser läppischer Heiterkeit. Noch nach 1½ Jahren wird die Kranke als gereizt, spöttisch, nörglerisch und autistisch geschildert, was man als postschizophrenen Zustand deuten kann. Es ist bis zur Entlassung keine Lockerung in der Psychomotorik eingetreten. Zu diesem gespannten Verhalten wirken die schizophrenen Mechanismen während des akuten Stadiums nicht wesensfremd. Das unterscheidet die Patientin wesentlich von dem unter der Gruppe 3 beschriebenen Fall 16, der im ganzen manche Ähnlichkeit mit diesem Fall hat. Im Fall 16 lockert sich gegen Ende der Erkrankung die Psychomotorik so auffallend, daß dadurch der unmittelbare klinische Eindruck hervorgerufen wurde, es könne sich nur um eine symptomatische, nicht um eine schizophrene Psychose gehandelt haben.

Diese Tatsache, daß sich auch gegen Ende der Erkrankung, nach fast zweijähriger Dauer, die innere Spannung nicht lockert, spricht, zusammen mit den vorher erwähnten Symptomen, mehr für die Endogenität der Psychose. Es handelt sich bei dieser Patientin nach unserer Meinung um einen schizophrenen Schub, der exogen ausgelöst worden ist.

Fall 23. E. H. 30 J. Männlich.

Aufnahme: 4. 3. 33.

Diagnose: Schizophrenie mit atypischem (epileptischem) Verlauf.

Heredität: o. B.

Vorgeschichte: Patient erzählt, er habe in Kanada Kopfgrippe durchgemacht, sei aber nicht behandelt worden. Er ging zu früh wieder zur Arbeit und nach 14 Tagen trat eine Gemütsverstimmung auf: er lief planlos herum, glaubte einmal seinen Vater zu sehen, hörte Stimmen, die ihm rieten in die Kirche zu gehen. Das sei ein Zwang gewesen. Er verschleuderte all sein Geld für Schmuck und sinnloses Zeug, war im ganzen optimistisch gestimmt. Nach etwa ¼ Jahr trat Besserung ein. Er fuhr dann nach Deutschland und erholte sich hier völlig. 1931 hatte er wieder Grippe, doch diesmal ohne besondere Erscheinungen.

Jetzige Erkrankung: 1933 trat erneut eine Grippeerkrankung auf, er mußte sich hinlegen. „Als ich das erstemal wieder zur Arbeit ging, bekam ich plötzlich einen Verwirrtheitszustand. Ich lief von der Arbeit weg, lief in der Stadt herum, geriet in drei Kirchen, in denen ich überall an den Altären die Kerzen anstekte. Dann ging ich in die Umgebung der Stadt und landete abends bei meinen Eltern. Ich war über meine Taten vollkommen orientiert, hatte auch Hemmungen bei dem Kerzenanzünden, aber eine Stimme trug mir auf, das zu tun. Ich bin sonst garnicht religiös. In den letzten Tagen hatte ich eigentümliche Zustände, ich sah Musikergrößen vor mir, hatte den Drang zu dirigieren, soll nach

Aussagen meiner Freunde auch dirigiert haben, sogar schwierige Sachen ganz richtig." Der Patient ist gegen Ende der Exploration etwas gespannt, sichernd und zurückhaltend. Er fängt mehr und mehr an zu grimassieren, das Gesicht rötet sich langsam.
20. 4. 33. Es ist im Verhalten des Patienten eine deutliche Beruhigung eingetreten, er gewinnt Abstand zu seinen Erlebnissen. Er hilft auf der Station eifrig mit, ist übereifrig beim Sport, etwas übertrieben jungenhaft.
1. 5. 33. Er klagt etwas über Kopfschmerzen. Er rückt mit geheimen Wünschen heraus, Pfleger oder gar Arzt zu werden, und sucht Gelegenheit, sich mit den Ärzten über weltanschauliche und medizinische Probleme zu unterhalten.
15. 5. 33. Der Patient bietet den Ärzten in distanzloser Weise Zigaretten an, er meint dabei, man könne doch mal zusammen rauchen und plaudern. Mit anderen Patienten hat er wenig Konnex. In eine Gartenbank schnitzt er den Namen einer Krankenschwester und schickt ihr selbstgemachte Gedichte.
Neurologischer und somatischer Befund o. B. Temperaturen nicht erhöht.
14. 6. 33. Entlassung gegen Revers. Eine gewisse Absonderlichkeit und Kritiklosigkeit ist an dem Patienten noch deutlich zu erkennen.
Mai 1935 Einweisung in die Landesheilanstalt.
Der Patient war im Hemd in der Stadt herumgelaufen und von der Polizei aufgegriffen worden. Er erzählt, er habe viel gebetet, eine Stimme sage ihm, er müsse jemanden totschlagen. Er meint selbst, manchmal nicht recht bei Bewußtsein zu sein.
In der Anstalt ist er zeitweise erregt und stark aggressiv. Meist ist sein Wesen gespannt und finster, aber höflich und korrekt.
Es wurde wegen Schizophrenie Unfruchtbarmachung beantragt.
Entlassung ist bis jetzt, Juni 1937, noch nicht vorgesehen.

Im Alter von 24 Jahren tritt bei dem Patienten E. H. zum erstenmal eine Gemütsstörung nach Grippe auf, die nach der Schilderung fast an einen epileptischen Dämmerzustand erinnert: der Kranke läuft planlos in der Stadt umher, verschleudert all sein Geld für sinnlose Sachen, zündet wie unter einem Zwang in vielen Kirchen die Altarkerzen an, obwohl ihm das Sinnlose all seiner Handlungen bewußt ist. Nach etwa ¼ Jahr tritt Besserung ein. Die nächste Grippeerkrankung 1931 verläuft ohne Besonderheiten. Dann aber treten 1933, 6 Jahre nach der ersten Erkrankung, wiederum nach einem Grippeinfekt, zum zweitenmal Gemütsstörungen auf, die ganz so wie beim erstenmal verlaufen. Während des zweiten Anfalles wird der Patient in die Marburger Nervenklinik eingewiesen. Er macht während der Beobachtungszeit den Eindruck eines schizophren Erkrankten; sein Verhalten ist zu Zeiten gespannt, sichernd, dann wieder übertrieben dienstbereit und höflich. Er versucht, sich mit den Ärzten anzubiedern und sich mit ihnen über weltanschauliche Probleme zu unterhalten. Er ist in jeder Weise aufdringlich. Von den Mitpatienten hält er sich aber zurück und hat keinen Konnex mit ihnen. Noch bei der Entlassung fällt auf, daß er absonderlich und kritiklos sei. Wieder dauert die

Psychose ungefähr ¼ Jahr. Die klinische Diagnose lautet schon jetzt „Schizophrenie mit atypischem (epileptischem) Verlauf". Der Beweis, daß es sich tatsächlich um einen schizophrenen Prozeß bei dem Patienten handelt, wird dadurch erbracht, daß er nach 2 Jahren wegen eines zweifelsfrei schizophrenen Schubes in die Landesheilanstalt gebracht wird. Er hat Halluzinationen, ist stark erregt und aggressiv, gespannt und finster. Von einem die Psychose auslösenden Infekt wird diesmal nichts berichtet.

Daß die beiden ersten psychotischen Schübe so unmittelbar im Anschluß an einen Grippeinfekt auftreten, macht die Differentialdiagnose anfangs schwierig. Man könnte das plan- und sinnlose Tun des Patienten nach seinen Schilderungen wohl als einen Verwirrungszustand deuten, schon weil der Kranke selbst es dafür hält. Er sieht das Krankhafte seines Zustandes ein und hat Abstand zu seinen Erlebnissen. Ihm selbst erscheinen diese Zustände eigentümlich und unnatürlich. An manche seiner Handlungen kann er sich nicht erinnern, er hat sie in einer Art Dämmerzustand vollführt.

Alle die eben genannten Symptome, die man im Sinne der exogenen Ätiologie der Psychose deuten kann, fallen in die Zeit des akuten Stadiums. Man kann sie als amentielle Begleitsymptome auffassen. Nachdem aber das erste Stadium abgeklungen ist, kommt die gespannte, absonderliche Art des schizophren Erkrankten durch.

Die Grippeinfekte von 1927 und 1933 fielen vermutlich in eine Periode geringsten psychischen Widerstandes des Patienten; es bedurfte wohl nur noch dieses Anstoßes zur Auslösung eines echten schizophrenen Schubes. Der Grippeinfekt von 1931 dagegen verlief ohne psychotische Erscheinungen.

Der letzte schizophrene Schub, der ohne äußerlichen Anstoß auftrat und der schon eine zweijährige Verwahrung des Kranken in einer Heilanstalt notwendig macht, brachte schließlich den endgültigen Beweis, daß es sich um eine endogene Psychose handelt.

Fall 24. L. J. 35 J. Männlich.

Aufnahme: 3. 11. 1931.

Diagnose: Schizophrenie, hebephrene Form.

Heredität: Vater durch Suizid geendet; ein Bruder, der Begleiter, ist extrem schizoid.

Vorgeschichte: Im Krieg erlitt der Patient mehrere Verwundungen und eine Gasvergiftung, war 1918—20 in Gefangenschaft. Er kränkelte jetzt seit 3 Jahren, hatte es hauptsächlich an den Nerven, er regte sich so leicht auf. Die Ehefrau meint, er sei schon immer etwas komisch gewesen. Er hatte sehr viel Schulden.

Jetzige Erkrankung: Am 23. 8. 31 erkrankte der Patient an einer Halsentzündung mit Fieber und Schüttelfrost. Während des Fiebers halluzinierte er stark, glaubte sich von Hexen verfolgt und erlebte Szenen aus der Gefangenschaft. Als das Fieber und die Halsentzündung abgeklungen war, wurde er zunehmend unruhig und erregt, er sprang aus dem Bett, wurde aggressiv, redete wirres Zeug.
Bei der Aufnahme spricht der Patient mit monotoner Stimme und macht dazu stereotype, prophetische Gebärden: „Ich muß Dinge tun, die ich nicht machen will." Er ist völlig orientiert, löst Rechenaufgaben gut.
Somatischer und neurologischer Befund o. B.
5. 11. 31. Patient ist nachts unruhig. Er macht stereotype Bewegungen, erzählt gleichgültige Sachen in einem manirierten, singenden Ton. Er glaubt, er werde beeinflußt, z. B. solle er den Arzt mit Generaloberstabsarzt anreden. Sagt man ihm, das sei Unsinn, so lächelt er verständnisvoll und gibt es beredt zu, doch sagt er gleich darauf dasselbe.
15. 11. 31. Das Verhalten des Patienten wechselt, er ist zeitweise stark erregt und aggressiv, dann wieder kataton mit einer eigentümlichen Beimischung von Euphorie, ist gesperrt und negativistisch.
26. 11. 31. Läppisch euphorisches Verhalten.
8. 12. 31. Verlegung in die Landesheilanstalt. Der Zustand ist im wesentlichen unverändert.
In der Landesheilanstalt zeigte der Patient anfangs ein sehr läppisches, albernes Wesen, er war zerfahren, maniriert. Er hörte viel Stimmen und gab Gedankenentzug an. Zeitweise war er erregt und stark aggressiv. In letzter Zeit ist er ruhiger, geordneter und freundlich, wirkt aber leer und affektlahm. Er hört immer noch viele Stimmen.
Entlassung ist bis jetzt, Juni 1937, noch nicht vorgesehen.

Wir sehen bei diesem Patienten L. J. den unmittelbaren Übergang einer Psychose in eine andere. Der Patient ist an einer Grippe erkrankt, die mit heftigen Fieberdelirien einhergeht: er glaubt sich von Hexen verfolgt, erlebt nochmals Szenen aus seiner früheren Gefangenschaft. Nachdem die Grippe und das Fieber abklingen, setzt eine neue Form psychischer Störung ein: er springt aus dem Bett, wird erregt und aggressiv. Schon bei der Aufnahme erinnert nichts mehr an eine symptomatische Psychose, man hat nur den Eindruck eines schizophren Erkrankten, dem auch die weitere Entwicklung entspricht. Der Kranke ist gesperrt, negativistisch, halluziniert stark, ist zeitweise erregt und aggressiv, zeigt aber meist ein maniriertes und läppisches Wesen. Der Zustand endet schließlich mit Demenz und Affektlahmheit. Der Kranke ist noch jetzt, 6 Jahre nach dem Beginn, anstaltsbedürftig.

Der Patient wird also durch ein Fieberdelir unmittelbar in einen schizophrenen Prozeß hineingerissen. Es ist hier nicht wie bei den bisherigen Fällen ein Überschneiden zweier Psychoseformen, sondern ein völliger Wechsel von der einen in die andere, wobei die erste wahrscheinlich auslösend auf die zweite wirkte.

Der Patient ist hereditär belastet, der Vater beging Suicid, ein Bruder ist ausgesprochen schizoid. Von einem früheren schizophrenen Schub ist bei dem jetzt 35jährigen nichts bekannt, doch

wird von der Ehefrau selbst angegeben, daß er immer etwas komisch gewesen sei. Er sei auch schon in den letzten Jahren leicht erregbar gewesen, er habe es „an den Nerven" gehabt. Es bedurfte wohl nur noch eines Anstoßes, um die Psychose zum Ausbruch kommen zu lassen. Vielleicht hat auch früher ein unbemerkt gebliebener schizophrener Einbruch in die Persönlichkeit schon stattgefunden, was seine Absonderlichkeit erklären würde.

Fall 25. W. G. 21 J. Männlich.

Aufnahme: 16. 4. 1934.
Diagnose: Schizophrenie.
Konstitution: Leptosom-asthenisch mit Dysplasien.
Heredität: Die Eltern des Patienten sind Vetter und Base, der Vater ist stark schizoid, dement. Ein Bruder ist sehr geckenhaft, er habe hochfliegende Pläne, bringt aber nichts zustande. Drei Kinder eines Stiefbruders seien idiotisch, eine Schwester des Patienten soll auch sehr eigenartig sein.
Vorgeschichte: Der Patient war immer etwas ängstlich und aufgeregt. Er nahm sich alles sehr zu Herzen, war auch immer sehr für sich. In der Schule war er zunächst gut mitgekommen, versagte dann in der Quinta plötzlich, blieb zweimal sitzen. Im Beruf war er tüchtig.
Jetzige Erkrankung: Ende März 1934 hatte der Patient Lungenentzündung. Schon vor der Erkrankung war er stets müde und abgespannt gewesen, konnte sich zu keiner Arbeit aufraffen. 10 Tage nach der Erkrankung begann er unruhig zu werden. Er meinte, er habe von der Schwester falsche Medizin bekommen, er sei zu Hause überflüssig, man wolle ihn los sein. Man solle ihn doch ruhig totschießen oder er müsse das selber machen. Auf dem Felde glaubte er jemanden stehen zu sehen, der ihm die Kehle durchschneiden wolle. Eines Abends glaubt er zu hören, wie sein Bruder im Nebenzimmer sagte: wenn er phantasiert, bringen wir ihn um. Da habe er ein riesiges Angstgefühl bekommen. Bei der Aufnahme ist der Patient fahrig und ängstlich, redet gespreizt und gibt etwas daneben liegende Antworten. Er hält sichtlich zurück, ist deutlich mißtrauisch. In der Motorik ist er eckig, ausfahrend.
20. 4. 34. Patient wirkt diffus ängstlich, ist aber wesentlich freier. Er zeigt sich jetzt von einer patzig-läppischen Gutmütigkeit.
14. 5. 34. Sein Verhalten ist situationsgemäß, nichts paramimisches, mehr diffuses Mißtrauen. Es wirkt mehr als exogenes Bild, als Infektionspsychose.
17. 5. 34. Fluchtversuch.
4. 6. 34. Patient wird jetzt mehr und mehr autistisch, er wendet sich bei Fragen ab. Er steht oft am geschlossenen Fenster, rüttelt manchmal mit Gewalt daran, wird auch aggressiv.
10. 6. 34. Es treten stürmische Erregungsanfälle auf, er schlägt auf andere los, spukt, zertrümmert Fensterscheiben. Er ist stark negativistisch.
20. 6. 34. Verlegung in die Landesheilanstalt.
In der Landesheilanstalt zeigt der Kranke ein moroses, stumpfes, äußerst schlacksiges Verhalten. Er ist nur schwer an eine Arbeit zu bringen, ist gleichgültig und faul, räkelt sich, ist störrisch.
Am 12. 7. 35 wird er in fast unverändertem Zustand einer anderen Heilanstalt überwiesen.
Hier fällt an ihm sein einfältiges, maniriertes Wesen auf. Er grimassiert sehr stark. Zeitweise tritt ein ausgesprochen katatoner Zustand auf. Juni 1937: der Zustand ist bisher unverändert.

Dieser Patient W. G. ist hereditär stark belastet, zudem besteht bei den Eltern nahe Blutsverwandtschaft. Er selbst war immer sehr ängstlich, empfindlich und autistisch. Er lernte als Kind gut, versagte dann aber in der Quinta plötzlich vollständig. Es ist möglich, daß dies die Folge eines ersten schizophrenen Einbruchs in die Persönlichkeit war.

Im Alter von 21 Jahren wird der Kranke im Anschluß an eine Lungenentzündung unruhig, mißtrauisch und ängstlich. Er glaubt, man wolle ihn umbringen. Es wird aber berichtet, daß der Patient schon vor der Erkrankung sich müde und abgespannt gefühlt habe und sich zur Arbeit nicht recht aufraffen konnte.

In der Klinik ist sein Verhalten anfangs ratlos-ängstlich und mißtrauisch, fahrig und gespreizt. Er ist aber noch locker genug und von einer patzig läppischen Gutmütigkeit, dabei auch nicht paramimisch, sodaß er den Eindruck eines mehr exogen Erkrankten erweckt. Das Krankheitsbild läßt zunächst noch an eine Infektionspsychose denken.

Die weitere Entwicklung der Psychose nimmt aber eine ausgesprochen schizophrene Richtung: der Kranke wird mehr und mehr autistisch, stupurös, aggressiv, besinnungslos erregt. Nach Ablauf des akuten Stadiums ist er moros, stumpf, faul, störrisch und trägt ein einfältig maniriertes Wesen zur Schau. Er grimassiert jetzt stark. Er ist bis jetzt, drei Jahre nach dem Beginn der Psychose, noch anstaltsbedürftig.

Die endogene Ätiologie der Psychose kann mit größter Wahrscheinlichkeit angenommen werden. Die Lungenentzündung hat nur als auslösender Faktor eine Bedeutung. Für die Endogenität spricht vor allem der postschizophrene Defekt, dann auch die starke hereditäre Belastung, die frühere Entwicklung und das schizoide Temperament der praemorbiden Persönlichkeit. Die fast ausschließlich schizophrene Symptomatik der Psychose wäre hiergegen nach den früheren Erfahrungen noch kein bündiger Beweis für eine endogene Erkrankung.

Gruppe 5. Endogene Psychosen, exogen ausgelöst.

Als Gruppe 5 seien kurz diejenigen Psychosen erwähnt, die ein eindeutig exogenes Gepräge haben, jedoch durch einen Infekt ausgelöst wurden. Es fanden sich 12 Fälle, in denen die Psychose sofort nach dem Abklingen des Infektes oder nur wenige Tage später auftrat. Es sind ausnahmslos Schizophrenien. Der Beginn ist hier nicht abweichend von anderen Schizophrenien: es treten Halluzinationen, Verfolgungs- und Beziehungsideen auf bei allmählich sich steigernder Unruhe. Ein Patient hatte schon früher

einen schizophrenen Schub durchgemacht, ohne daß ein Infekt vorausgegangen war. Eine Patientin hatte einmal im Wochenbett einen akuten Erregungsanfall. Dies zweimalige Auftreten einer Psychose auf eine exogene Schädigung zeigt deutlich eine individuelle Disposition an. Ebenso ist dies bei einer anderen Patientin der Fall, wo nach früheren Infekten schon häufig unbestimmte Angstzustände oder „Herz- und Nervenkrämpfe" aufgetreten waren. Bei einem weiteren Fall war die Patientin schon vor dem Infekt auffällig gewesen, aber erst nach einer Lungenentzündung deutlich verändert. Die anderen Fälle zeigten keine Besonderheiten. Bei allen Patienten bestand aber eine deutliche dispositionelle und hereditäre Veranlagung zu schizophrenen Erkrankungen.

Heredität und dispositionelle Veranlagung.

Wie stark gerade die hereditäre Veranlagung inbezug auf Exogenität und Endogenität einer Psychose ausschlaggebend ist, ergibt sich deutlich aus folgender Zusammenstellung. Es soll von sämtlichen Fällen, die in dieser Arbeit beschrieben sind, die hereditäre Veranlagung zusammengestellt und die einzelnen Gruppen miteinander verglichen werden. Außerdem werden noch einmal diejenigen Fälle zusammengestellt, bei denen eine Disposition zu psychotischen Reaktionen angenommen werden kann.

Es muß berücksichtigt werden, daß die Familienanamnese, die uns fast nur durch die Angehörigen der Patienten gegeben wurde, meist ungenügend und oft wissentlich falsch ist, doch erscheinen die Erhebungen trotz dieser Fehlerquelle noch brauchbar.

Es ergab isch nun folgendes:

Gruppe 1. Depressive Zustandsbilder nach grippösem Infekt.

Fall 1. K. H.
Heredität o. B.
Selbst: in der Schule einmal sitzen geblieben. In den letzten Jahren bei schwerer Arbeit leicht aufgeregt.

Fall 2. W. G.
Heredität o. B.
Selbst: o. B.

Fall 3. L. K.
Heredität o. B.
Selbst: nach einer früheren Grippe monatelang an einer Herzneurose gelitten.

Fall 4. D. I.
Heredität o. B.
Selbst: in den letzten Jahren leicht aufgeregt, neigt zu Kopfschmerzen. War immer grüblerisch veranlagt.

Fall 5. K. Z.
Heredität o. B.
Selbst: o. B.

Fall 6. I. S.
Heredität: Mutter nach dem Tode des Vaters depressiv verstimmt. Eine Schwester hatte zweimal kurze Verwirrtheitszustände.
Selbst: Leicht erregbar, hitzig, explosiv. Sonst o. B.

Fall 7. K. H.
Heredität o. B.
Selbst: Seit Jahren ängstlich, schreckhaft. Nach einer früheren Grippe 6—8 Wochen lang ähnlicher Depressionszustand wie jetzt.

Gruppe 2. Psychosen exogener Symptomatik. (Amentiell-delirantes Syndrom)

Fall 8. K. D.
Heredität: unbekannt.
Selbst: war immer sehr für sich, sparsam, fromm, still. Sonst o. B.

Fall 9. K. G.
Heredität: o. B.
Selbst: leicht erregbar. Während eines Erysipels toxisches Delirium gehabt, war deshalb 4—5 Wochen in der Heilanstalt. An den Händen Dysplasien.

Fall 10. H. M.
Heredität: o. B.
Selbst: o. B.

Fall 11. E. K.
Heredität: o. B.
Selbst: extreme Asthenie.

Fall 12. H. R.
Heredität: o. B.
Selbst: war empfindlich, still, hatte wenig Freunde. Sonst o. B.

Fall 13. G. K.
Heredität: Mutter nervösen Tic. Ein Bruder schwachsinnig mit angeborenem Schiefhals. Zwei Brüder sind ausgesprochen schizoid.
Selbst: nach dem Kriegsdienst reizbar, grüblerisch, reibt sich ticartig den Kopf.

Fall 14. P. K.
Heredität: o. B.
Selbst: immer migräneartige Kopfschmerzen. Vasolabilität. Hypoplasien. War sehr fromm, bekehrt, schwerblütig, ernsthafter Natur.

Gruppe 3. Exogen bedingte Psychosen mit weitgehend endogener Symptomatik.

Fall 15. H. B.
Heredität: Vatersvater mit 62 Jahren und Muttersschwester in der Jugend an Depressionen gelitten.
Selbst: Dysplastiker.

Fall 16. K. V.
Heredität: o. B.
Selbst: in letzter Zeit etwas ängstlich, sonst o. B.

Fall 17. A. G.
Heredität: o. B.
Selbst: o. B.

Fall 18. W. H.
Heredität: Vater Trinker und explosiver Psychopath.

Selbst: war immer sehr für sich. In den letzten Jahren körperlich überarbeitet und etwas herunter.

Fall 19. L. K.
Heredität: o. B.
Selbst: sei immer etwas auffällig, läppisch gewesen. War leicht aufgeregt.

Fall 20. F. A.
Heredität: eine Schwester war zweimal in der Heilanstalt wegen manisch-depressiven Irreseins, das erstemal nach einer infektiösen Erkrankung.
Selbst: seit dem Krieg nervös, gereizt.

Fall 21. H. H.
Heredität: eine Schwester sei einmal in der Heilanstalt gewesen.
Selbst: einmal während eines Wochenbettes geistig gestört gewesen. Sonst o. B.

Gruppe 4. Wahrscheinlich endogene Psychosen.

Fall 22. A. W.
Heredität: Mutter an Depressionszuständen mit Erregungen und Suizidversuchen gelitten. Vater starker Hypochonder.
Selbst: sehr verschlossen, empfindlich, später auch mißtrauisch. War sehr religiös.

Fall 23. E. H.
Heredität: o. B.
Selbst: schon einmal Gemütsverstimmung nach Grippe gehabt.

Fall 24. L. J.
Heredität: Vater beging Suizid. Ein Bruder ist extrem schizoid.
Selbst: sei immer etwas komisch gewesen. Hatte sehr viel Schulden. Seit 3 Jahren „habe er es an den Nerven".

Fall 25. W. G.
Heredität: Eltern sind blutsverwandt, Vater schizoid, dement; ein Bruder geckenhafter Sonderling, eine Schwester auch eigenartig; drei Kinder eines Stiefbruders debil.
Selbst: versagte plötzlich in der Schule. War immer etwas ängstlich und aufgeregt, sehr für sich.

Gruppe 5. Endogene Psychosen exogen ausgelöst.

Von den 12 Fällen waren 10 Patienten hereditär belastet, bei den anderen 2 Fällen bestand eine ausgesprochen schizoide Verwandtschaft und eigenes schizoides Temperament.

Daraus ergibt sich:

Gruppe 1.
Heredität:
6 mal keine Belastung
1 mal mäßig starke Belastung.
Selbst:
2 mal unauffällig
2 mal schon ähnliche Zustände nach Grippe früher aufgetreten.
3 mal als leicht erregbar, psychasthenisch geschildert.

Gruppe 2.
Heredität:
5 mal keine Belastung

1 mal unbekannt
1 mal schwere Belastung

Selbst:
4 mal konstitutionelle Unterwertigkeit.
3 mal unauffällig

Gruppe 3.

Heredität:
3 mal keine Belastung
4 mal schwere Belastung

Selbst:
2 mal unauffällig
1 mal Dysplastiker
1 mal früher Wochenbettpsychose
3 mal in letzter Zeit körperlich oder nervös erschöpft.

Gruppe 4.

Heredität:
1 mal keine Belastung
3 mal schwere Belastung

Selbst:
3 mal auffallend schizoid
1 mal schon früher an Gemütsstörungen gelitten.

Wir sehen aus dieser Zusammenstellung, daß bei den rein exogenen Psychosen der Gruppe 1 und 2 sich hereditäre Belastung nur in 2 von 13 Fällen vorfand, dazu 1mal unbekannt. Also nur 15,4% aller Fälle ist hereditär belastet.

Dagegen fand sich konstitutionelle Unterwertigkeit oder körperliche und nervöse Erschöpfung in 8 von 14 Fällen, d. h. in 57,1% bei den Gruppen 1 und 2 angegeben. Es zeigt sich demnach, daß konstitutionell körperlich oder seelisch Unterwertige zu psychotischen Reaktionen nach Infekten in stärkerem Maße neigen als vollkräftige Individuen. Man kann sagen, daß die körperlich vermindert Widerstandsfähigen zugleich psychisch vermindert widerstandsfähig und zu symptomatischen Gemütsstörungen disponiert sind.

Bei der Gruppe 3 fanden wir in 57,2% der Fälle hereditäre Belastung. Mit steigender endogener Symptomatik der Psychosen steigt also in gleichem Maße die Prozentzahl der hereditär Belasteten. Die persönliche Disposition besteht hier wie in den Gruppen 1 und 2 hauptsächlich wieder in konstitutioneller Unterwertigkeit und in allgemeiner Erschöpfung. Dies wird bei 71,5% der Fälle angegeben. Die dispositionelle Veranlagung ist also im Vergleich zu den ersten beiden Gruppen nicht so erhöht wie die hereditäre Belastung.

Bei der Gruppe 4 liegt in 3 von 4 Fällen, also in 75% hereditäre Belastung vor. Persönliche Disposition zu Gemütskrankheiten besteht in sämtlichen Fällen, sie beruht aber in dieser Gruppe auf einer ganz anderen Basis als bei den vorigen Gruppen. Es handelt sich nicht um dispositionell leicht erschöpfbare Individuen, sondern um von jeher psychisch auffällige, stark schizoide Kranke. Bei den Psychosen dieser Gruppe, die wir schon zu den endogenen gerechnet haben, kommt also zu der hereditären Belastung auch ein ausgesprochen schizoides Temperament.

Ähnlich wie bei der Gruppe 4 ist das Verhältnis bei der Gruppe 5. Es fand sich in 83,3% hereditäre Belastung und in allen Fällen ausgeprägt schizoides Temperament.

Wir sehen also, daß zunehmende endogene Symptomatik der Psychosen einer Zunahme der hereditären Belastung parallel geht.

Gruppe 1:	14,3%	hereditäre Belastung
Gruppe 2:	16,7%	„ „
Gruppe 3:	57,2%	„ „
Gruppe 4:	75,0%	„ „
Gruppe 5:	83,3%	„ „

Dagegen ist die dispositionelle Bereitschaft zu psychotischen Reaktionen, sei sie erworben oder konstitutionell bedingt, in allen Gruppen stark:

Gruppe 1:	71,5%	dispositionelle Bereitschaft
Gruppe 2:	57,2%	„ „
Gruppe 3:	71,5%	„ „
Gruppe 4:	100,0%	„ „
Gruppe 5:	100,0%	„ „

Man muß deshalb annehmen, daß in erster Linie eine besondere Disposition des Gehirns vorhanden sein muß, damit es zu exogen psychotischen Reaktionen kommt. Runge sagt: „Es muß eine besondere biologische Anlage oder Disposition des Gehirns angenommen werden, die überhaupt die Möglichkeit einer Wirksamkeit von Bakterien oder Toxinen und dadurch das Zustandekommen von Psychosen erklärt.“ Trotzdem müssen wir betonen, daß auch völlig gesunde und widerstandsfähige Menschen psychischen Störungen unterliegen können. Wenn das Trauma (meistens sind es mehrere Traumen auf einmal) stark genug ist, dann kann die psychische Widerstandsfähigkeit eines jeden Menschen überschritten werden.

Welche Bedeutung einerseits die dispositionellen, andererseits die hereditären Veranlagungen für die symptomatischen Psychosen haben, wird in der neueren Literatur von Inge Steinmann und von Roemer auch für die Generationspsychosen hervorgehoben. Beide kommen zu ähnlichen Ergebnissen wie wir bei der

vorliegenden Arbeit. Auf die erbhygienische Bedeutung der Generationspsychosen geht dabei besonders Roemer ein.

Für die symptomatischen Psychosen im allgemeinen geht Beck der Frage des Erbfaktors nach. Er geht dabei — im Gegensatz zu der vorliegenden Arbeit — bei seiner Eingruppierung der Fälle direkt von der hereditären Belastung aus und vergleicht hiermit die Symptomatik der jeweiligen exogenen Psychosen. Er findet dabei eine weitgehende Übereinstimmung in den familiären Reaktionsformen.

Liquorbefunde.

Es wäre eine wertvolle Hilfe in der Diagnostik der postinfektiösen Psychosen, wenn sich regelmäßige Liquorveränderungen bei den Kranken ergeben würden. Das ist jedoch nicht der Fall.

In der Literatur fanden sich Angaben von Kleist über 7 Liquorbefunde bei Kranken mit Grippepsychosen. Davon seien 6 in jeder Hinsicht regelrecht gewesen, nur 1mal fand sich mäßige Eiweißvermehrung und positive Nonne-Reaktion. Ebenso berichtet Kleist, daß auch Groß und Pappenheim keine Liquorveränderungen bei Grippepsychosen fanden.

Kafka berichtet über 20 Liquorbefunde bei Grippekranken (nicht Grippepsychosen). Davon sei die Zellzahl 3mal leicht, 1mal mäßig stark vermehrt gewesen. Der Albumin- und Globulingehalt war 3mal leicht vermehrt. Die Goldsolreaktion (nur bei einem Fall untersucht) war negativ.

Es seien hier kurz die Liquorbefunde, die sich bei unserem Material fanden, zusammengestellt.

Der Liquor war in 8 von unseren Fällen untersucht worden: 7mal bei postgrippösen Psychosen, 1mal bei einer Psychose nach Kieferhöhlenentzündung.

Gruppe 1.

Fall 2:

Goldsolkurve: noch normal
Zellzahl: 13/3
Eiweiß: 3 Teilstriche
Pandy: positiv
Siliquid: schwach positiv
Zucker: 69 mg%

Fall 6:

Goldsolzacke: bis violett
Liquorzucker: 78 mg%

Gruppe 2.

Fall 8 und 13:

Völlig regelrecht.

Fall 12:
Zellzahl 21/3, sonst völlig regelrecht.

Fall 10:
Goldsolzacke: leicht vertieft
Weichbrodt: schwach positiv

Gruppe 3.
Fall 18:
Liquorzucker: 67 mg%, sonst regelrecht.

Fall 20:
Liquorzucker: 95 mg%, sonst regelrecht.

Da außer bei Fall 10 alle diese Liquoruntersuchungen von postgrippösen Kranken stammen, soll der Befund bei Fall 10 unberücksichtigt bleiben.

Es fanden sich also bei 7 postgrippösen Psychosen im Liquor:

Keine Besonderheiten: 2mal.
Zucker: 2mal erhöht, 2mal am oberen Grenzwert.
Zellzahl: 1mal erhöht, 1mal am oberen Grenzwert.
Eiweißwert: 1mal erhöht.
Pandyreaktion: 1mal positiv.
Siliquid: 1mal schwach positiv.
Goldsolreaktion: 1mal pathologisch verändert.

Daraus ergibt sich als häufigstes Symptom eine leichte Verschiebung in den Werten des Liquorzuckers nach oben hin. Jedoch ist dies kein regelmäßiger Befund. Irgendwelche übereinstimmende Veränderungen lassen sich sonst nicht erkennen.

Die auffälligsten Liquorveränderungen fanden sich bei den Fällen 2 und 6. Beide Patienten litten an leichten neuritischen Erscheinungen, Kribbeln und Reißen in den Gliedern.

Unsere Ergebnisse der Liquoruntersuchungen weichen im ganzen etwas ab von denen der obengenannten Autoren. In 4 von 7 Fällen lagen leichte, aber doch sichere pathologische Veränderungen vor.

Jedenfalls machen es diese Liquorveränderungen wahrscheinlich, daß die postgrippösen Psychosen zumindest teilweise auf organischen Schädigungen des Zentralnervensystems beruhen.

Zusammenfassung.

Es hat sich in der vorliegenden Untersuchung folgendes gezeigt:

Für die postinfektiösen Psychosen spielt die hereditäre Belastung mit endogenen Psychosen nur eine untergeordnete Rolle.

Dagegen ist die Zahl der Kranken mit dispositioneller Bereitschaft zu psychotischen Reaktionen groß. Diese dispositionelle Bereitschaft besteht in körperlich-nervöser Erschöpfbarkeit, in konstitutioneller Unterwertigkeit und endokriner Störung. Außerdem zeigt sich bei mehreren Kranken eine spezielle Veranlagung zu symptomatischen Psychosen. Neben der dispositionellen Bereitschaft hat auch die momentane Bereitschaft eine Bedeutung bei der Entstehung einer Psychose. Es können aber bei mehrmaligen und starken Schädigungen auch in jeder Hinsicht gesunde Individuen an einer symptomatischen Psychose erkranken.

Häufige leichte Liquorveränderungen bei den postgrippösen Psychosen, am häufigsten in den Zuckerwerten, lassen auf eine organische Reaktion des Zentralnervensystems auf das infektiöse Virus schließen. Diese organischen Schädigungen können zum Teil Ursache der postgrippösen Psychosen sein.

Der Verlauf der postgrippösen Psychosen ist in den weitaus meisten Fällen günstig. Ein Fall mit bleibendem geistigen Defekt zeigte, daß eine Dauerschädigung nach symptomatischer Psychose jedoch nicht ausgeschlossen ist.

Abschließend möchten wir in eugenischer Hinsicht aus der vorliegenden Untersuchung Folgendes schließen:

Die Mehrzahl der Psychosen — ob exogener oder endogener Symptomatik —, die nach einer Infektionskrankheit auftreten, erweisen sich, falls keine hereditäre Belastung vorliegt, als vorwiegend exogene Psychosen. Dagegen erweisen sich postinfektiös aufgetretene Psychosen mit endogener Symptomatik bei hereditärer Belastung des Kranken in den meisten Fällen als endogene.

Eine postinfektiös zum Ausbruch gekommene Psychose schizophrener Symptomatik ist erst dann als einwandfrei endogen zu betrachten, wenn die Psychose mit einem schizophrenen Defekt endet oder dann, wenn ein weiterer, nicht exogen ausgelöster schizophrener Schub nachgewiesen werden kann. In diesen Fällen wird man meist hereditäre Belastung oder zumindest ausgesprochen schizoide Temperamente bei den Verwandten wie bei dem Kranken selbst vorfinden.

Entsprechend liegen die Verhältnisse bei den postinfektiös aufgetretenen Psychosen zirkulärer Symptomatik. Da aber die zirkulären Schwankungen im Gegensatz zu den Schizophrenien meist ohne bleibenden Defekt zurückgehen, fällt hier dieser Anhaltspunkt als Kennzeichen der Endogenität fort. Es muß demnach für die postinfektiös aufgetretene zirkuläre Erkrankung neben der ganz typischen Symptomatik zumindest eine ausgesprochen manisch-depressive Belastung vorliegen, um die Psychose als endogen be-

trachten zu dürfen. Anders liegt es, wenn eine zweite, nicht exogen ausgelöste zirkuläre Schwankung nachgewiesen werden kann, die den endogenen Charakter der Psychose dann eindeutig beweist.

An dieser Stelle möchte ich Herrn Professor Dr. E n k e meinen Dank aussprechen sowohl für das Thema zu dieser Arbeit sowie für die vielfachen Anregungen und Ratschläge, die er mir zuteil werden ließ. Herrn Professor Dr. K r e t s c h m e r bin ich zu großem Dank verpflichtet für die Überlassung der Fälle und für die Ermöglichung der Mitarbeit an der Psychiatrischen Universitätsklinik zu Marburg. Zudem möchte ich Herrn Professor Dr. L a n g e l ü d d e c k e, Direktor der Landesheilanstalt Marburg-Süd, noch meinen Dank erstatten für das freundliche Überlassen von Krankenblättern.

Schrifttum

Adler: Über die im Zusammenhang mit akuten Infektionen auftretenden Geistesstörungen. Allg. Zschr. f. Psych. Bd. 53.

Beck: Zur Frage des Erbfaktors bei den symptomatischen Psychosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 77, 1930.

Binswanger und Berger: Zur Klinik und pathologischen Anatomie der postinfektiösen und Infektionspsychosen. Arch. f. Psych. Bd. 34.

Bonhoeffer: Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Krankheiten. Hdb. d. Psych. Herausg. v. Aschaffenburg.

Ewald: Die symptomatischen Psychosen bei den einzelnen Krankheitsformen. Hdb. d. Geisteskr. Herausg. v. Bumke 1928.

Kafka: Die Zerebrospinalflüssigkeit.

Kleist: Über Influenzapsychosen und die Anlage zu Infektionspsychosen. Monographie a. d. Ges. Geb. f. Neur. u. Psych.

Kräpelin: Über den Einfluß akuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten. Arch. f. Psych. Bd. 11/12.

Kräpelin und Lange: Psychiatrie, Bd. 2.

Roemer: Zur nosologischen und erbbiologischen Beurteilung der Puerperalpsychosen. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 155.

Runge: Über Psychosen bei Grippe. Arch. f. Psych. Bd. 62.

Siemerling: Über Psychosen nach akuten und chronischen Infektionskrankheiten. D. Klinik am Eingang des 20. Jh.

Skliar: Über die Psychosen bei Infektionskrankheiten, insbesondere beim Flecktyphus und Rekurrens. Mtschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 52.

Steinmann: Die Verursachung der Wochenbettpsychosen. Arch. f. Psych. Bd. 103.

Lebenslauf

Geboren wurde ich, Erna Therese Luise Cornelia Margarete Poppinga, zu Grimersum (Ostfriesland) am 21. Juli 1908 als Tochter des Gutsbesitzers Dieke Poppinga.

Anfangs besuchte ich die Volksschule zu Grimersum, um dann Ostern 1919 in die 7. Klasse des Lyzeums der Kaiserin-Augusta-Viktoria-Schule zu Emden aufgenommen zu werden. Die Anstalt wurde später zu einer Oberrealschule ausgebaut und im Februar 1930 machte ich dort das Maturitätsexamen. Anschließend bezog ich zum medizinischen Studium zwei Semester die Universität Würzburg, darauf war ich vier Semester in Tübingen, ein Semester in Königsberg, ein Semester in Berlin und drei Semester in Marburg, wo ich im Dezember 1935 das Staatsexamen ablegte. Die ärztliche Vorprüfung hatte ich im Herbst 1932 in Tübingen bestanden.

Während des Medizinalpraktikantenjahres war ich fünf Monate an der Psychiatrischen Universitätsklinik zu Marburg bei Herrn Professor Dr. Kretschmer, fünf Monate an der Universitätskinderklinik zu Frankfurt a. M. bei Herrn Prof. Dr. de Rudder und zwei Monate an der Chirurgischen Universitätsklinik bei Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Schmieden. Die ärztliche Zulassung erhielt ich im Februar 1937.

Meine akademischen Lehrer waren:

in Würzburg:

Burgeff, Dimroth, Harms, Lubosch, Petersen, Schleip, Wetzel.

in Tübingen:

Bock, Dietrich, Geiger, Giseler, Heidenhain, Kirschner, Knoop, Kohlrausch, Lehmann, Mazer, Müller.

in Königsberg:

Aßmann, Bostroem, Caffier, Hoff, Laven, v. Neikulicz-Radecki, F. Müller Stöltzner.

in Berlin:

v. Bergmann, Bessau, Bonhoeffer, Pfrommer, Rößle, Sauerbruch, Stöcker

in Marburg:

Baumann, Bauer, Boeminghaus, Enke, Freudenberg, Grüter, Kehrer, Kestermann, Klewitz, Kretschmer, Loebell, Mauz, Nauck, Pfannenstiel, Ruete, Schwenkenbecher, Uffenorde, Versé.